2026, In Press: https://doi.org/10.36834/mjfmv013

## CONFERENCE ABSTRACTS

# Congrès sur le raisonnement clinique
# Clinical reasoning conference

## Table des matières

***Les Plénières*** ..... ***3***
***Ateliers*** ..... ***7***
**Thème : Les stratégies pour optimiser le raisonnement clinique** ..... **7**
**Thème : L'enseignement du raisonnement clinique** ..... **10**
***Communications orales*** ..... ***12***
**Thème : L'enseignement du raisonnement clinique** ..... **12**
**Thème : Les stratégies pour optimiser le raisonnement clinique** ..... **17**
**Thème : Théorie et recherche sur le raisonnement clinique** ..... **22**
**Thème : L'enseignement du raisonnement clinique** ..... **27**
**Thème : Théorie et recherche sur le raisonnement clinique** ..... **32**
**Thème : L'évaluation du raisonnement clinique** ..... **37**
***Affiches*** ..... ***42***

Le raisonnement clinique est au cœur de la pratique des professionnels et professionnelles de la santé. Il permet de recueillir, interpréter et intégrer des informations afin de prendre des décisions adaptées à la situation d'un patient. Reconnaissant l'importance de cette compétence pour la qualité des soins, la formation et la recherche, la Conférence internationale de Montréal sur le raisonnement clinique a été créée pour offrir un espace bilingue et interprofessionnel consacré à l'avancement des connaissances dans ce domaine. Depuis sa création, elle rassemble cliniciens, enseignants, chercheurs et appre-ants issus de nombreuses professions de la santé et de plusieurs régions du monde.

La première édition, tenue en 2012 à l'Université de Montréal, est née d'une collaboration entre le Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé (CPASS) de l'Université de Montréal, le Centre d'éducation médicale de l'Université McGill et le Collège des médecins du Québec. Elle a mis en lumière les fondements conceptuels du raisonnement clinique, notamment les processus analytiques et intuitifs, la réflexion délibérée et l'influence du contexte sur le jugement clinique. Dès cette première rencontre, la conférence a attiré des participants provenant d'Amérique du Nord, d'Europe, d'Afrique et d'Amérique du Sud, témoignant de la portée internationale du sujet.

Les éditions suivantes ont permis d'élargir progressivement les perspectives. En 2014, les thèmes de la réflexion, du jugement clinique, de l'incertitude, des émotions et des technologies d'apprentissage ont occupé une place centrale. En 2016, l'accent a été mis sur la théorie, la recherche, l'enseignement et l'évaluation du raisonnement clinique, ainsi que sur les stratégies visant à optimiser son développement. L'édition de 2018 a consolidé l'ouverture interprofessionnelle de la conférence en intégrant des perspectives issues des sciences infirmières, de la réadaptation et de l'éducation médicale. Ces rencontres ont également contribué à faire connaître des concepts aujourd'hui largement reconnus, notamment la pratique réflexive, le double processus de raisonnement, la supervision formative et l'intégration des données probantes à la prise de décision clinique. La cinquième édition, tenue en ligne en 2022, a mis en évidence l'évolution du champ vers de nouvelles dimensions du raisonnement clinique, dont le raisonnement de prise en charge, le jugement clinique, la formation par concordance, le réalisme des contextes d'apprentissage et l'influence du contexte sur la performance professionnelle. Cette édition a confirmé l'intérêt croissant pour une conception du raisonnement qui dépasse le seul diagnostic pour englober les décisions complexes associées au suivi et à la gestion des patients.

La sixième édition, qui se tiendra virtuellement les 26 et 27 novembre 2026, s'inscrit dans cette continuité tout en proposant un regard résolument tourné vers l'avenir. Sous le thème du « raisonnement clinique en changement », elle explore les transformations qui redéfinissent aujourd'hui les pratiques de soins et la formation en santé. Les conférences plénières abordent notamment le raisonnement clinique collaboratif, les modèles écologiques et interprofessionnels, l'intelligence artificielle, le raisonnement de prise en charge et les dynamiques de travail en équipe. Elles interrogent la façon dont les technologies, les organisations, les interactions professionnelles et les patients eux-mêmes participent à la construction du raisonnement clinique contemporain.

Les résumés des communications, affiches, ateliers et plénières présentés dans ce supplément reflètent la vitalité et la diversité de cette communauté internationale. Ils témoignent des avancées actuelles en recherche, en pédagogie et en pratique clinique, tout en illustrant la richesse des échanges entre disciplines, professions et contextes de soins. Bonne lecture !

Comité scientifique (Tania Riendeau, Joseph Omer Dyer, Ahmed Moussa, Marie-Claude Audédat, Marie-France Deschênes, Patrick Lavoie, Rebecca Maftoul, Marco Zaccagnini).

**Conférence d'ouverture : Regard sur le raisonnement clinique à travers la lentille d'une optométriste**

Caroline Faucher, OD, PhD, FAAO (Canada)

**Contexte :** Le raisonnement clinique, central à l'exercice de toute profession de la santé, a été étudié dans nombre d'entre elles. Le double processus de raisonnement clinique, combinant raisonnement intuitif et analytique, est largement reconnu. Est-ce que ces processus se mobilisent différemment lorsque les professionnels de la santé exercent en contexte de routine, comme c'est souvent le cas en optométrie, plutôt que selon une approche axée sur les problèmes ou les symptômes ? Dans un tel contexte, beaucoup de données sont systématiquement recueillies et interprétées tout au long de la consultation, qui est en général plus longue qu'une visite pour un problème spécifique. Le fait d'avoir à composer avec un nombre grandissant de nouvelles technologies vient augmenter la quantité de données à analyser, et donc le nombre de décisions à prendre, de patterns à reconnaitre et de données à intégrer pour se faire une idée globale de la situation clinique et prendre des décisions judicieuses. D'un autre côté, divers outils d'intelligence artificielle visant à faciliter la tâche des professionnels font leur apparition à un rythme effréné, mais on connait mal leur influence sur le raisonnement clinique.

**Méthodes pédagogiques :** Prenant la forme de réflexions appuyées tant sur des données probantes que sur une solide expérience clinique, d'enseignement et de supervision, cette présentation prendra l'optométrie comme exemple pour explorer le raisonnement clinique en contexte de routine. Les répercussions possibles de diverses avancées technologiques sur le raisonnement clinique et sur son dé--eloppement seront également abordées, considé--ant notamment l'expansion constante du champ de pratique de cette profession. Une période de questions et d'échanges avec l'auditoire suivra.

**Public cible :** Bien que prenant l'exemple de l'optométrie, cette présentation s'adresse à tout professionnel de la santé en exercice ou enseignant en sciences de la santé souhaitant réfléchir aux enjeux actuels du raisonnement clinique dans divers contextes de pratique.

**Raisonnement clinique collaboratif : du processus individuel à l'intelligence collective du soin**

Prof. Marie-Claude Audétat Voirol (Suisse)

Le raisonnement clinique collaboratif (RCC) peut être défini comme le processus par lequel deux ou plusieurs membres d'une équipe de soins négocient des questions diagnostiques, thérapeutiques ou pronostiques concernant un patient donné, afin d'aboutir à une compréhension partagée de la situation clinique ou à un plan de prise en charge.

Le RCC est devenu une composante essentielle des soins interprofessionnels et une compétence clé dans la formation des professionnels de santé. Malgré l'intérêt croissant pour ce domaine, on connaît encore peu la manière dont les professionnels de santé construisent collectivement le raisonnement clinique dans des situations cliniques authentiques, en particulier dans le cadre d'un suivi longitudinal des patients.

**Méthodes pédagogiques :** Nous présenterons trois dimensions interdépendantes qui façonnent le RCC : (1) les conditions organisationnelles favorisant les réunions interdisciplinaires, (2) les processus de communication permettant de rendre le raisonnement visible et partageable, et (3) les identités professionnelles ainsi que les dynamiques relationnelles qui influencent la construction collective du sens. A partir d'une situation concrète, les enjeux relatifs au raisonnement clinique collaboratif et à ces dimensions seront explorés

**Public cible :** Tous les soignants travaillant en équipe de soins

**Du clinicien solitaire à l'équipe soignante : plaidoyer pour une conception écologique et interprofessionnelle du raisonnement clinique**

Etienne Panchout, PT, PhD, Université d'Orléans, (France)

**Contexte :** Et si nos modèles de raisonnement clinique nous enfermaient dans une fiction, celle du clinicien seul face à son patient, raisonnant dans l'isolement de son propre cerveau ? C'est la thèse provo-atrice que défend Bleakley[1] en dénonçant le para-igme « ego-logique » qui domine encore largement la recherche et la formation en sciences de la santé.

Pourtant, la réalité clinique est tout autre. Elle est faite d'équipes, de négociations, d'artefacts partagés, de contraintes juridiques et institutionnelles, mais aussi de patients qui participent aux décisions. Le raisonnement clinique s'y déploie rarement seul, il se construit, se fragmente, se recompose entre plusieurs acteurs, alors même que cette dimension collective reste encore insuffisamment explicitée dans les modèles et les dispositifs de formation.

Cette communication propose de franchir ces frontières. À partir d'une synthèse conceptuelle croisant des modèles issus du raisonnement clinique, de la collaboration interprofessionnelle, du management et du droit de la santé, nous argumentons la nécessité d'un déplacement épistémologique. Il ne s'agit plus seulement de considérer que le raisonnement individuel est influencé par son contexte, mais d'interroger la manière dont les acteurs, les interactions, les artefacts, les règles et l'organisation du travail participent à sa construction. Le raisonnement clinique peut alors être envisagé comme une activité ouverte, située et distribuée, ancrée dans la complexité des situations réelles plutôt que dans l'idéal d'un esprit individuel maîtrisant seul l'incertitude.[2]

Ce déplacement n'est pas qu'académique. Il interroge directement la manière dont nous formons les professionnels de santé, dont nous concevons les curriculums et dont nous évaluons les compétences collaboratives. Plus largement, il invite à faire du raisonnement collaboratif un véritable objet de formation et d'évaluation.[3]

Une invitation à franchir les frontières et à repenser ensemble ce que raisonner cliniquement veut dire quand on n'est jamais vraiment seul.[4]

**Références :**

1. Bleakley A. Re-visioning clinical reasoning, or stepping out from the skull. *Med Teach.* avr 2021;43(4):456-62. https://doi.org/10.1080/0142159X.2020.1859098
2. Panchout É, Lacour F, Richard A, Lopes SM da R, Mesquita CC, Meroni R, et al. Le raisonnement clinique collaboratif adaptatif : une synthèse à visée pédagogique pour les formations en santé. *Pédagogie Médicale.* 2026;27(2):61-76. https://doi.org/10.1051/pmed/2026016
3. Stalmeijer RE, Varpio L. The wolf you feed: Challenging intraprofessional workplace-based education norms. Med Educ. août 2021;55(8):894-902. https://doi.org/10.1111/medu.14520
4. Akkerman SF, Bakker A. Boundary crossing and boundary objects. *Rev Educ Res.* 1 juin 2011;81(2):132-69. https://doi.org/10.3102/0034654311404435

## Intégrer l'intelligence artificielle dans le raisonnement clinique : risques et opportunités

Maxime Ducret (France)

**Contexte :** L'intelligence artificielle s'invite désormais dans le quotidien du raisonnement clinique : recherche d'information, génération d'hypothèses diagnostiques, rédaction, aide à la décision. Des travaux récents montrent que ces grands modèles de langage égalent ou dépassent des cliniciens sur des tâches de raisonnement diagnostique, sans que l'association clinicien–modèle produise pour autant de meilleurs résultats.

**Résultats :** Ce décalage interroge directement la manière dont les professionnels doivent intégrer une suggestion algorithmique. L'exemple du biais d'automatisation, tendance à accepter une recommandation automatisée et à négliger les indices contradictoires, est documenté de longue date pour les systèmes d'aide à la décision. Dans ce contexte, se cumule également l'incertitude algorithmique, produite par un fonctionnement probabiliste opaque des solutions d'IA. Cette présentation propose de naviguer autour de cette problématique pour en décoder les risques et opportunités.

**Méthode :** La conférence progressera en plusieurs temps. D'abord une cartographie des outils d'IA qui s'invitent déjà dans le raisonnement clinique, des assistants génératifs aux systèmes intégrés au dossier patient. Un deuxième ouvrira la question de cette boîte noire : une visualisation pas à pas de la génération d'une réponse rend visibles les limites actuelles de ces outils. Le troisième confrontera les données disponibles sur les biais cognitifs et algorithmiques, et également sur les essais comparant clinicien, modèle et binôme clinicien–modèle. Un dernier temps discutera des enjeux et perspectives.

**Public cible :** Cliniciens de toutes professions de la santé, enseignants et superviseurs cliniques, chercheurs en éducation des sciences de la santé, résidents et étudiants.

## Beyond diagnosis: teaching management reasoning in the age of AI

Andrew S. Parsons, MD, MPH, FACP (USA)

**Background:** Clinical reasoning education has traditionally prioritized diagnosis. Large language models now match or exceed clinician performance on complex diagnostic cases. Management reasoning, defined as the process of making decisions about treatment, further testing, monitoring, follow-up, and allocation of limited resources, is less amenable to automation. Management reasoning is a prioritization task with multiple defensible options, requiring navigation of risk and uncertainty and shaped by patient values and the local system. Despite its central role in patient care, management reasoning often remains implicit and is learned informally through experience. Though management reasoning can be explicitly taught using evidence-informed techniques, opportunities to support its development vary by setting and supervisor. Studies of trainees have described how they conceptualize and learn management reasoning and what struggle looks like at different stages of education. Trainees move from rigid, guideline-driven approaches toward more flexible, patient-centered reasoning when they verbalize their thinking and receive graduated autonomy.

This session explores management reasoning as a distinct domain of clinical reasoning, examining why it is becoming a key educational priority in the era of AI-driven diagnosis. Drawing on clinical reasoning theory, participants will explore how management reasoning develops in trainees and identify factors that support or hinder its growth.

**Target Audience:** Health professions educators across disciplines and training settings, including clinician educators, program directors, curriculum designers, and education researchers. No prior familiarity with management reasoning is assumed. Content applies to undergraduate and postgraduate learners.

## What we attend to, what we ignore: revealing the structure of clinical reasoning in teams

Mark Goldszmidt MDCM, MHPE, PhD, FRCPC (Canada)

**Background:** Clinical reasoning on teaching teams is often discussed as an individual cognitive process, yet in practice it is collective, situated, and shaped by structures that frequently remain invisible. This session explores how the purpose of admission is established, negotiated, and enacted through everyday clinical practice, and how that purpose influences problem representation, task prioritization, documentation, supervision, and the trajectory of care. Drawing on observational studies of clinical work, the presentation examines how practice variability, supervisory repertoires, documentation practices, and local assumptions influence not only what teams attend to, but also what they leave unaddressed. These influences extend beyond patient care, affecting how learners come to understand competence, participation, and their role within clinical teams.

**Instructional Methods:** The keynote will use clinical examples and findings from observational and qualitative studies of clinical teaching teams to make visible the often-hidden structures shaping reasoning and learning in practice. Participants will be invited to examine how routine activities, including admission discussions, daily case reviews, supervisory interactions, and documentation practices, influence collaborative reasoning over time. The presentation will highlight how variability among attending physicians, senior residents, and trainees can shape the purposes teams pursue, the tasks they prioritize, and the issues they overlook. Throughout the session, participants will be encouraged to reflect on their own clinical and educational contexts and to consider how greater visibility of these processes can support learner development, collaborative interdependence, and patient-centred care. The session will also highlight the value of observational approaches for studying reasoning in authentic clinical settings.

**Target Audience:** Clinician educators, clinical supervisors, health professions educators, educational leaders, and researchers interested in clinical reasoning, workplace learning, supervision, collaborative practice, and qualitative or observational approaches to studying clinical work

## Thème : Les stratégies pour optimiser le raisonnement clinique

### L'idéal du raisonnement clinique collaboratif vers sa mise en œuvre réelle : tensions, cadres et méthode d'animation PARTENAIRES

Marie-Pierre Codsi, Annie Descôteaux, Isabelle Croteau, Morganne Masse; Claudio Del Grande; Nicolas Fernandez, Nicolas Gulino

**Contexte** : Le raisonnement clinique collaboratif est aujourd'hui largement valorisé dans les discours pédagogiques et institutionnels. Toutefois, sa mise en œuvre en contexte réel est loin d'être simple. La coconstruction du raisonnement avec les patients et les autres professionnels peut générer tensions, malentendus, asymétries persistantes ou incompréhensions, particulièrement lorsque la relation est complexe ou marquée par l'incertitude.[1] Si le partenariat patient-professionnels de la santé offre des stratégies concrètes pour soutenir le dialogue clinique,[2] il ne suffit pas d'adhérer au principe collaboratif : encore faut-il disposer de cadres et de méthodes permettant d'en actualiser le potentiel.

**Description de l'atelier :** Cet atelier interactif propose d'explorer les conditions favorisant l'émergence d'un raisonnement clinique véritablement collaboratif. À partir d'extraits vidéo tirés de situations authentiques et issus de projets de recherche menés en milieu gériatrique, les participants analyseront des situations où la volonté de collaboration entre en tension avec les dynamiques relationnelles réelles. Un déroulement d'atelier animé selon la méthode PARTENAIRES permettra d'expérimenter un cadre favorisant chez les participants l'explicitation de leurs hypothèses, la reconnaissance des savoirs expérientiels et la négociation de sens et interprétations. En mettant en lumière les zones de friction autant que les leviers d'action, cet atelier vise à dépasser une vision idéalisée du raisonnement collaboratif—et éviter le piège d'un consensus qui serait vide de sens—pour outiller concrètement les formateurs appelés à en soutenir l'apprentissage.

**Public cible :** Cliniciens enseignants, responsables de programmes, chercheurs en pédagogie des sciences de la santé, et formateurs impliqués dans l'enseignement du raisonnement clinique.

**Références :**

1. Descôteaux A, Del Grande C, Codsi MP, Leclaire M. Le patient pivot de la collaboration interprofessionnelle. *Le Médecin du Québec.* mars 2026;61(3):35-9.
2. Vanier MC, Descôteaux A, Codsi MP. Rapports de force et conflits : quels enjeux pour l'enseignement interprofessionnel ? *Pédagogie Médicale.* 2026. https://doi.org/10.1051/pmed/2025011

**Apprendre à raisonner ensemble : défis et principes pour enseigner le raisonnement clinique collaboratif en éducation interprofessionnelle**

Amélie Richard, Marie Standaert, Matthieu Pestiaux

**Contexte :** L'éducation interprofessionnelle (EIP) vise à préparer les futures professionnelles à collaborer efficacement dans des contextes cliniques complexes. Si les référentiels mettent l'accent sur la communication, les rôles et le travail d'équipe, la dimension cognitive de la collaboration demeure moins explicitement abordée.[1] Le raisonnement clinique collaboratif (RCC) renvoie au processus par lequel des professionnelles partagent, confrontent et articulent leurs perspectives afin de construire une compréhension commune d'une situation et orienter la prise de décision.[2] Ce processus implique notamment le partage d'informations pertinentes et l'élaboration de modèles mentaux communs,[2] mais il demeure encore peu conceptualisé et rarement enseigné de manière explicite en formation.[3] Cette faible explicitation constitue un enjeu pour l'EIP, où les apprenantes doivent non seulement interagir, mais aussi raisonner ensemble. Les habiletés de pensée soutiennent le RCC en rendant explicites les opérations cognitives à l'œuvre dans l'interaction, renforçant ainsi la rigueur du raisonnement et la qualité du dialogue entre professionnelles.

**Description de l'atelier :** L'atelier explore les défis liés à l'enseignement du RCC en EIP et les principes pédagogiques permettant d'en soutenir l'apprentissage explicite. Les participantes sont invitées à mettre en pratique ces principes à partir de situations interprofessionnelles, notamment par la mobilisation d'habiletés de pensée ciblées pour leur utilité en RCC. Un temps de mise en commun vise à dégager des leviers concrets pour enseigner explicitement le RCC et en soutenir le transfert dans différents contextes de formation.

**Public cible :** Enseignantes et formateur·trices en EIP; professionnelles impliquées en supervision; chercheures et étudiantes intéressées par le raisonnement clinique et la collaboration.

**References :**

1. Richard A. L'utilisation des habiletés de pensée pour mieux collaborer: développement, implantation et évaluation d'une approche de pratique réflexive en formation interprofessionnelle [thèse de doctorat]. Québec: Université Laval; 2021.
2. Kiesewetter J, Fischer F, Fischer MR. Collaborative Clinical reasoning—a systematic review of empirical studies. *J Contin Educ Health Prof.* 2017;37(2):123–128. https://doi.org/10.1097/CEH.0000000000000158
3. Lee CY, Lai HY, Lee CH, Chen MM, Yau SY. Collaborative clinical reasoning: a scoping review. *PeerJ.* 2024;12:e17042. https://doi.org/10.7717/peerj.17042

**La méthode LEGO® SERIOUS PLAY® : la ludo-pédagogie, un levier au service du raisonnement clinique collaboratif en psychiatrie**

Geoffroy Neel, Laurence Durat

**Contextes :** Notre recherche doctorale a pour objet l'accompagnement au raisonnement clinique infirmier (RCI) des étudiants en stages. La revue de littérature narrative pointe les difficultés des apprenants et des professionnels à mobiliser le RCI en si--uation. En effet, le RCI résulte d'opérations men--ales complexe[1] : les cliniciens utilisent des proces--us analytiques et intuitifs dont l'efficacité dépend de l'organisation de leurs connaissances et de leurs expériences cliniques. La perspective écologique approfondit cette compréhension : le RCI est collaboratif et s'inscrit dans un contexte spécifique qui influence la prise de décision.[1] Sur le plan pédago--ique, cette conception implique de former les ap--renants à articuler intuition et analyse, à recon--aître les patterns tout en développant une posture réflexive critique et à s'adapter aux situations cliniques.[2] Cela suppose l'utilisation de méthodes d'accompagnement structurées capables de saisir les composantes du RCI.[2]

**Description de l'atelier :** À l'aulne de ces éléments, nous proposons de faire expérimenter un atelier LEGO® SERIOUS PLAY® (LSP®) que nous utilisons dans nos pratiques pédagogiques en formation en sciences infirmières afin de développer le RCI collaboratif chez les apprenants. Cette méthode converge avec les recommandations pédagogiques en nursology qui sous-tendent le compagnonnage cognitif.[2] Développée dans les années 1990 par The LEGO Group avec des chercheurs en stratégie et psychologie, LSP® repose sur l'idée que la construction manuelle favorise la pensée complexe et l'expression d'idées implicites. LSP® mobilise la théorie du constructionnisme : les personnes construisent des connaissances en créant des artefacts qui matérialisent leur réflexion. Cette méthode utilise les briques LEGO® pour modéliser une réflexion abstraite en construction concrète. LSP® est collaboratif et permet d'actionner l'intelligence collective du groupe afin de résoudre des problèmes complexes grâce à la prise de décision partagée. Concernant le RCI collaboratif, chaque construction en briques est prise en compte pour créer une vision partagée de la situation clinique du patient. Déroulement : 4 temps de construction chronométrés et successifs sont régulés par le facilitateur. Les participants sont invités à mettre en œuvre leur RCI de façon individuelle puis collaborative dans la cadre d'une vignette clinique de psychiatrie.

**Public cible :** Les professionnels de santé/étudiants.

**Références :**

1. Deschênes MF. Le raisonnement clinique : regards rétrospectif et prospectif sur le concept. *Pédagogie Médicale.* 2021; 22(4) : 195 7. https://doi.org/10.1051/pmed/2021020
2. Deschênes MF, Boyer L, Fernandez N, Goudreau J. *Cognitive companionship : a potential pedagogical approach to developing clinical reasoning in nursing ? Quality advancement in nursing education - avancées en formation infirmière.* 2018; 4(2). https://doi.org/10.17483/2368-6669.1156
3. Dupont-Leblanc MC. *Méthode LEGO® Serious Play®* [ateliers de formation]. Paris : AVEA Partners ; 2026. https://www.aveapartners.fr/lego-serious-play-method

## Thème : L'enseignement du raisonnement clinique

### Quand l'IA devient patient simulé : concevoir et étudier un dispositif pédagogique pour entraîner l'anamnèse et le raisonnement clinique

Laurent Pitance, Ambre Janssens; Victor Kisita; Laura De Rick Muhl; Robin Guérit; Nicolas Huberty; Ludovic Nassel

**Contexte :** L'anamnèse constitue une compétence centrale du raisonnement clinique en kinésithérapie, à développer précocement dans la formation, mobilisant la collecte, l'interprétation et la priorisation d'informations afin d'orienter la prise en charge du patient. Son apprentissage reste difficile à organiser à grande échelle, notamment en raison de l'accès limité à des patients simulés et du besoin d'exposer les étudiants à de nombreuses interactions cliniques. Les dispositifs de simulation (jeux de rôles et patients simulés) constituent aujourd'hui une approche privilégiée pour soutenir cet apprentissage en permettant de s'exercer à la communication clinique en environnement sécurisé.[1] Les récents développements de l'IA générative permettent de créer des patients simulés interactifs, accessibles et répétables, ouvrant de nouvelles perspectives.[2]

**Description de l'atelier :** Cet atelier présente un dispositif pédagogique organisé en deuxième année de kinésithérapie impliquant 366 étudiants répartis en neuf groupes. Les étudiants interagissent avec un patient simulé via chatbot, outil pédagogique intégré au dispositif d'apprentissage du raisonnement clinique, dans un format contraint les amenant à prioriser les informations pertinentes et construire une représentation clinique du patient à travers l'anamnèse et des catégories d'hypothèses. Le dispositif mobilise l'apprentissage actif et la métacognition : formulation de questions pertinentes, analyse collective et structuration du raisonnement cli-ique. Parallèlement à sa mise en œuvre, une étude en pédagogie médicale explore l'engagement des étudiants dans ces interactions et examine si une interaction clinique médiatisée par IA peut être vécue comme authentique.[3] Après une présentation du dispositif, les participants expérimenteront une interaction avec le patient simulé et analyseront collectivement les stratégies de questionnement produites, puis discuteront des enjeux pédagogiques et éthiques de l'IA.

**Public cible** : L'atelier s'adresse aux enseignants, formateurs en sciences de la santé et aux responsables pédagogiques intéressés par l'intégration de l'IA dans l'apprentissage du raisonnement clinique.

**Références :**

1. Wei Y, Deng N, Zheng H, et al. Comparison of teacher-standardized patients and peer role-play in assessing medical students' history-talking skills. *BMC Med Educ.* 2025.
2. Janssen E, McLagan R, Habeck J, Chung SY, McArthur EC, Anderson P. Barriers to breakthroughs: a scoping review of generative AI in healthcare simulation. *Clin Simul Nurs.* 2025;107:101791.
3. Blease C, Kaptchuk TJ, Bernstein MH, et al. Artificial intelligence and the future of the patient–clinician relationship. *Lancet Digit Health.* 2023;5(3):e139–e141

**TRACE : un cadre pour enseigner le raisonnement clinique à partir de cas cliniques**

Marie-Josée Nadeau, François Dubé, Rachel Brosseau, Carole Fortin, Jean-Louis Larochelle, Joseph-Omer Dyer

**Contexte :** Les activités d'apprentissage basées sur cas cliniques sont largement utilisées pour enseigner le raisonnement clinique (RC) dans les professions de la santé. Cependant, les consignes, les actions attendues de la personne apprenante, les traces de RC attendues (ex.: explicitations/verbalisations de la personne apprenante, notes au dossier patient) et la rétroaction varient souvent d'une personne enseignante/conceptrice à l'autre. Pour soutenir un design pédagogique, des stratégies d'apprentissage et un langage commun et basé sur les données probantes en pédagogie de la santé et en RC dans les activités d'apprentissage mobilisant des cas cliniques, nous avons développé le cadre de référence TRACE. Il s'agit d'un cadre qui aide à reTracer les données pertinentes, formuler le Raisonnement clinique, planifier l'Action, Comparer les hy-othèses et Expliciter la démarche.

**Description de l'outil :** TRACE est un gabarit de guidage et de rétroaction structuré, intégrant quatre composantes/couches complémentaires : 1- organisation des données selon la CIF, 2- structuration du cas ou de la consultation-patient selon HSOAPIER, 3- comparaison des hypothèses à partir des données/résultats attendus (structure réflexive du RC), et 4- explicitation de la macro-démarche du RC, des indices initiaux à la réévaluation (basée sur le modèle MOT de Charlin et coll., 2012). Méthodologie de développement : le cadre a été coconstruit dans une démarche itérative de développement pédagogique inspirée de la recherche-action, combinant une recension ciblée, cinq ateliers de 2 h avec des personnes enseignantes en physiothérapie de diverses clientèles, puis des révisions interséances à partir d'une matrice évolutive.

**Description de l'atelier :** À partir d'un cas clinique, les participantes et participants utiliseront TRACE pour guider l'analyse du cas, rendre visibles les étapes du RC et concevoir des consignes ou rétroactions transférables à leurs contextes d'enseignement.

**Public cible :** personnes enseignantes, conceptrices de cours et responsables de programmes des professions de la santé.

**Références :**

1. World Health Organization. *International classification of functioning, disability and health: ICF.* Geneva: World Health Organization; 2001.
2. Mamede S, Schmidt HG, Penaforte JC. Effects of reflective practice on the accuracy of medical diagnoses. *Med Educ.* 2008;42(5):468-75.
3. Charlin B, Lubarsky S, Millette B et al. Clinical reasoning processes: unravelling complexity through graphical representation. *Med Educ.* 2012;46(5):454-63.

## Thème : L'enseignement du raisonnement clinique

### Appliquer les principes de l'apprentissage par concordance de script dans la formation à l'analyse auditivo-perceptuelle en orthophonie.

Ingrid Verduyckt, Timothy Pommée, Stéphanie Younes, Neus Calaf, Joseph Omer Dyer, Nadine S. Bekkouche

**Contexte :** L'analyse auditivo-perceptuelle de la qualité vocale (l'AAP) est centrale à la pratique orthophonique. Réalisée à l'aide d'échelles quantitatives et qualitatives, l'AAP a surtout été étudiée dans une perspective diagnostique centrée sur la fiabilité inter et intra-juges. Son usage clinique est peu documenté. La formation à l'AAP cible traditionnellement la capacité à produire des scores « justes », supposant l'existence de référents stables. Cela s'inscrit en porte à faux de la littérature qui démontre une importante variabilité inter-cliniciens, questionnant la pertinence de viser des scores « justes » comme objectif central. Avec la Communauté de pratique en orthophonie de la voix du Québec, nous avons documenté des divergences dans l'utilisation des outils d'AAP (enjeux d'interprétation des paramètres, variation des consignes), un faible niveau de confiance concernant sa mise en œuvre et sa finalité clinique.[1] Dans ce contexte, l'apprentissage par concordance de script (APCS), qui vise à développer le raisonnement clinique en situation d'incertitude, en s'appuyant sur la variabilité des jugements d'experts plutôt que sur une réponse unique correcte, ouvre une voie intéressante pour structurer la formation orthophonique à l'AAP. Cette présentation décrira le développement d'une formation s'inspirant des principes de l'APCS qui incorpore une présentation nuancée de l'AAP informée par la réalité clinique, et offre des stratégies pour soutenir les cliniciens face aux incertitudes inhérentes à son application.

**Méthode :** Nous avons adopté une méthode mixte et itérative en quatre étapes : Cotation d'une banque d'échantillons vocaux (n=30) par neuf orthophonistes(test-retest), et documentation des réflexions cliniques sous-jacentes au processus d'analyse par le biais d'un groupe de discussion focalisée; Déploiement d'un cours en présentiel développé sur base des résultats de l'étape 1; Analyse du contenu de cours et exploration de ses retombées sur la cotation par les étudiant·es ; Création et évaluation d'un module de formation StudiUM (Moodle) intégrant les résultats des étapes 1-3. Le module sera utilisé et évalué dans le cadre de la maîtrise professionnelle en orthophonie été 26.

**Résultats :** Des résultats préliminaires sur l'appréciation du module et ses retombées, incluant la cotation des voix, le processus de réflexion clinique et le sentiment de confiance, seront présentés. Les apports et limites de l'APCS pour l'AAP seront discutés.

**Références :**

1. Verduyckt I, Defoy L, Hocine I, Martel-Sauvageau V. outcomes of a community of practice on quebec speech language pathologists' voice assessment practices and professional identity. *Rev Investig E Innov En Cienc Salud.* 2024;6(1):98-126.
2. Charlin B, Deschênes MF, Fernandez N. Learning by concordance (LbC) to develop professional reasoning skills: AMEE Guide No. 141. *Med Teach.* 2021;43(6):614-21.
3. Pommée T, Younes S, Gauthier L, Verduyckt I. Improving auditory-perceptual voice assessment: a hybrid in-class and online cape-v training study. *J Voice* 2025 Disponible sur: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0892199725005107. [cité 20 mars 2026].

**Former au raisonnement clinique infirmier en santé sexuelle: apports du modèle d'adaptation de Callista Roy dans le contexte français**

Julian Vaddel Martinez

**Contexte :** La santé sexuelle constitue un champ de pratique infirmière autour d'une question socialement vive. Elle est à la fois transversale mais insuffisamment structurée, voire inexistante, dans la formation initiale en sciences infirmières en France. Ce phénomène, connu également à l'international, explique que les étudiants rencontrent des difficultés à mobiliser un raisonnement clinique intégrant de manière cohérente les dimensions biologiques, psychologiques, sociales et relationnelles des situations de soins en lien avec la sexualité.[1] A la veille d'un nouveau référentiel de formation où la santé sexuelle apparaît explicitement citée, il faut s'interroger sur comment soutenir la construction pédagogique et le raisonnement clinique dans ce domaine. Cette recherche souhaite explorer comment intégrer le modèle d'adaptation de Callista Roy comme cadre conceptuel structurant le raisonnement clinique infirmier en santé sexuelle.

**Méthode :** Pour ce faire, nous allons analyser en quoi ce modèle, inscrit dans notre discipline depuis 1976, articulant les termes « physiologique », « estime de soi », « rôle » et « interdépendance », favorise une lecture adaptée et relationnelle de ces situations cliniques en santé sexuelle, tout en appuyant la réflexion infirmière dès la formation.[2] La méthodologie repose sur une revue narrative de la littérature scientifique internationale. Les travaux évoquent le raisonnement clinique infirmier, la forma-ion en santé sexuelle et l'usage pédagogique de ces modèles. Les données ont été analysées de manière thématique, afin d'identifier les apports, les limites et les conditions d'utilisation du modèle de Roy dans la formation infirmière.

**Résultats :** Les résultats soulignent que l'utilisation du modèle de Roy contribue à structurer le raisonnement clinique des étudiants, en articulant les différentes dimensions de l'expérience de santé sexuelle et en renforçant la prise en compte de la dimension relationnelle du soin. Ce cadre favorise également une explicitation du jugement clinique, en facilitant les échanges pédagogiques et l'évaluation des apprentissages.[3] En conclusion, cette communication prétend une ouverture sur un sujet qui devra être développé dans les prochaines années en France, dans une logique de transférabilité et de dialogue international, sans pourtant exclure d'autres modèles qui aborderaient la question avec un approche complémentaire.

**Références :**

1. Magnan MA, Reynolds K. Student nurses' competence in sexual health care: aliterature review. *J Clin Nurs.* 2017;26(23-24):3901-3913
2. Roy, Callista. *The Roy Adaptation Model.* 3rd ed. Upper Saddle River: Pearson, 2009. Print.
3. Phillips KD, Harris R. *Roy's Adaptation model in nursing practice. Dans : nursing theory : utilisation &application.* 5e éd. Elsevier ; 2014. p. 263-83.

**Cas clinique résolu pour l'appropriation du processus de raisonnement clinique de Montréal par les étudiants de première année en kinésithérapie**

Marie Standaert, Matthieu Pestiaux

**Introduction :** L'enseignement du raisonnement clinique (RC) représente un défi majeur en formation initiale des professionnels de santé. Le modèle de l'apprentissage cognitif propose de rendre visibles les processus cognitifs experts, habituellement tacites, pour permettre aux novices de s'approprier les stratégies de résolution de problème. Cette innovation pédagogique s'adresse aux étudiants de première année en kinésithérapie pour découvrir le modèle du processus cognitif de RC de Montréal[1] à travers un cas clinique résolu détourné de son usage traditionnel.

**Description :** Un cas d'entorse de cheville est présenté via des extraits audio authentiques capturant les interactions entre une kinésithérapeute experte et son patient. D'autres extraits explicitent le raisonnement de l'experte, rendant transparents les processus cognitifs normalement invisibles. Les étudiants disposent de huit cartons représentant les étapes du modèle. À plusieurs moment clés, chaque étudiant se positionne individuellement sur l'étape identifiée, puis argumente son choix. Ces argumentations collectives génèrent des discussions et peuvent amener à des changements de positionnement. L'enseignant facilite cette construction progressive de représentations mentales du processus et déconstruit les représentations erronées, permettant une appropriation active du modèle. Le dispositif pédagogique s'appuie sur l'apprentissage cognitif structurant l'enseignement clinique, la théorie de la charge cognitive où les cas résolus réduisent la charge extrinsèque en présentant explicitement les schémas de raisonnement,[2] et l'auto-explication favorisant la construction de représentations mentales cohérentes.[3]

**Résultat :** L'innovation réside dans ce triple détournement : du cas résolu devenant outil de découverte du modèle, de l'audio dévoilant les processus clinique et cognitif, et les cartons manipulables transformant chaque étudiant en acteur de son apprentissage par le positionnement-argumentation-repositionnement. Ce dispositif permet de découvrir précocement le cadre de référence structurant leurs apprentissages cliniques futurs.

**Références :**

1. Charlin B, Lubarsky S, Millette B, et al. Clinical reasoning processes: unravelling complexity through graphical representation. *Med Educ.* 2012;46(5):454-63.
2. van Merriënboer JJG, Sweller J. Cognitive load theory in health professional education: design principles and strategies. *Med Educ.* 2010;44(1):85-93.
3. Chamberland M, Mamede S, St-Onge C, Setrakian J, Bergeron L, Schmidt H. Self-explanation in learning clinical reasoning: the added value of examples and prompts. *Med Educ.* 2015;49(2):193-202.

## Intégrer précocement le raisonnement clinique dans la formation médicale à travers la résolution de problèmes cliniques

René Wittmer, Tania Riendeau, Nadine Ezzeddine, Geneviève Benoit, Hidayat Ghomari-Tani, Véronique Phan, Julie Sirois-Leclerc, Alexandre Larocque

**Contexte :** En 2024, une réforme du programme d'études médicales de premier cycle de l'Université de Montréal a présenté l'opportunité d'inclure, dès la première session, des activités de formulation de diagnostics différentiels et de priorisation des hypothèses. Les cas, présentés dans les mots du patient, sont centrés sur des symptômes fréquents et communs à plusieurs disciplines. Les enseignants guident les étudiants dans la transformation sémantique du problème et dans l'identification des élé--ents discriminants du raisonnement clinique asso--iés à la vignette. Ces cas, appelés Résolution de problèmes cliniques (RPC), deviennent progressivement plus complexes et intègrent les connaissances accumulées au fil du curriculum. Description. Les objectifs pédagogiques des RPC visent la création de scripts cliniques afin de soutenir le développement d'un raisonnement hypothético-déductif. Les RPC ont été conçus pour permettre l'intégration de concepts issus de différentes disciplines, favoriser la rétention de l'information par itération et créer des liens entre la théorie et la pratique clinique authentique. Parmi les thèmes abordés, notons la pertinence des tests cliniques et des investigations, l'incertitude inhérente à la pratique clinique, ainsi que l'impact de nouvelles informations sur les diagnostics présomptifs. Les RPC sont complémentaires aux séances d'apprentissage de l'anamnèse et de l'examen physique, en mettant l'accent sur la pertinence clinique de ces démarches en lien avec les diagnostics différentiels évoqués.

**Résultat :** Cette méthode est actuellement en implantation. Les rétroactions préliminaires recueillies par sondage auprès des étudiants démontrent une appréciation positive de la méthode, jugée pertinente, stimulante et facilitatrice pour leurs apprentissages. Son impact en milieux cliniques sera évalué lors des stages cliniques de troisième année. Cette présentation s'adresse aux enseignants et aux responsables de programmes souhaitant intégrer plus précocement le raisonnement clinique dans la formation. À la fin de cette présentation, les participants seront en mesure d'expliquer les fondements pédagogiques de cette approche, de décrire la méthode RPC et son implantation, et de comprendre son potentiel pour soutenir le développement du raisonnement clinique, la pertinence clinique et la tolérance à l'incertitude.

**Référence :**

1. Birnbaum MS, Kornell N, Bjork EL, Bjork RA. Why interleaving enhances inductive learning: the roles of discrimination and retrieval. *Mem Cognit.* 2013 Apr;41(3):392-402. https://doi.org/10.3758/s13421-012-0272-7.

**Le raisonnement pédagogique observé par la didactique professionnelle. Une analyse de l'activité de supervision clinique des infirmières anesthésistes**

Laura Robert-Boluda, Marie-France Deschênes, Laurence Durat

**Contexte :** Les études menant au diplôme d'infirmière anesthésiste (IADE) en France exigent la réalisation de plus de deux mille heures de formation en contexte clinique dont la plupart ont lieu au bloc opératoire. Les étudiantes IADE sont accompagnées en stage par les superviseures cliniques IADE. Durant les procédures anesthésiques, ces superviseures cliniques exercent simultanément un double raisonnement, c'est-à-dire un raisonnement clinique en lien avec le patient anesthésié et un raisonnement pédagogique en lien avec l'étudiante supervisée. Le raisonnement pédagogique présente des caractéristiques fonctionnelles similaires au raisonnement clinique,[1] mais ces processus sont peu étudiés à ce jour chez les IADE.

**Méthode :** Destinée à toute personne intéressée par le raisonnement pédagogique et la supervision clinique de stagiaires, la présentation visera à 1) identifier la structure conceptuelle, les invariants, les concepts pragmatiques et les règles d'action[2] du raisonnement pédagogique des IADE et à 2) identifier les principales difficultés auxquelles font face les superviseures cliniques IADE durant les situations pédagogiques complexes. Un exposé interactif sera utilisé, alliant les explications du protocole de l'étude en cours, des exemples concrets en plus d'une période d'échange avec l'assistance. L'étude s'inscrit dans le courant de l'analyse de l'activité où une triangulation des outils de collecte de données est réalisée, dont un questionnaire en ligne destiné aux IADE superviseures pour identifier les principales difficultés des stagiaires, notamment celles liées au raisonnement clinique ; des entretiens semi dirigés avec les superviseures IADE basés sur la méthodologie de l'incident critique et des entretiens d'auto confrontation simples et croisées[3] avec des IADE superviseures suite au visionnage des séquences vidéo enregistrées dans un centre de simulation en santé portant sur de situations de supervision clinique.

**Résultats :** L'analyse de l'activité de supervision clinique par les IADE et l'analyse de leur activité de raisonnement pédagogique nous permettront d'en savoir plus sur cette action formative essentielle et sur les défis qui se présentent à ces enseignantes cliniciennes. L'analyse des résultats nous permettra de repenser la formation à la supervision clinique et à la remédiation pédagogique particulière à cette spécialité infirmière.

**Références :**

1. Audétat MC, Laurin S, Sanche G. Aborder le raisonnement clinique du point de vue pédagogique: I. Un cadre conceptuel pour identifier les problèmes de raisonnement clinique. *Pédagogie Médicale* 2011;4:223-9.
2. Pastré P. *La didactique professionnelle: approche anthropologique du développement chez les adultes.* Paris : Presses universitaires de France; 2011.
3. Clot Y, Faïta D, Fernandez G, Scheller L. Entretiens en autoconfrontation croisée : une méthode en clinique de l'activité. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 2000 [En ligne]. Disponible sur : https://journals.openedition.org/pistes/3833#id

## Thème : Les stratégies pour optimiser le raisonnement clinique

### Les difficultés de raisonnement clinique infirmier des personnes étudiantes et les mesures de remédiation associées : une revue de la portée

Marie-France Deschênes, Geoffroy Néel, Laura Robert-Boluda, Laetitia Dietmann, Patrick Lavoie, Charles Bilodeau, Laurence Durat

**Contexte :** Des données de recherche indiquent que moins de 10 % des infirmier·ère·s nouvellement diplômés démontrent le niveau de raisonnement clinique infirmier (RCI) requis pour exercer de façon sécuritaire.[1,2] Nous avons réalisé une revue de portée afin de dresser l'état des connaissances quant à la nature des difficultés de RCI chez la population étudiante et les mesures pédagogiques utilisées pour les atténuer.

**Méthode :** S'adressant à toute personne formatrice en sciences infirmières, la présentation permettra de décrire la nature des difficultés de RCI des personnes étudiantes documentées dans les écrits scientifiques et d'identifier des mesures de remédiation adoptées par les personnes formatrices. Un exposé interactif sera utilisé, alliant les explications de l'étude menée, des exemples concrets en plus d'une période d'échange avec l'assistance. Une revue de la portée a été menée selon la démarche de Peters et al.[3] Six bases de données bibliographiques ont été interrogées : MEDLINE All, PsycInfo, CINAHL, Web of Science, ERIC et LiSSa. Les données extraites ont fait l'objet d'une analyse de contenu.

**Résultats :** Parmi les 3 671 publications identifiées, 23 études ont été incluses. La majorité proviennent d'Amérique du Nord (n = 11 ; 48 %), suivies de l'Europe (n = 6 ; 26 %), de l'Australie (n = 4 ; 17 %) et de l'Afrique (n = 2 ; 7 %). Les difficultés les plus fréquemment rapportées incluent : (1) une perception déficiente des indices cliniques ; (2) une collecte de données incomplète ou mal ciblée ; (3) des difficultés à analyser et synthétiser les données ; (4) des hypothèses cliniques limitées ; (5) une difficile priorisation des actions cliniques et (6) une approche centrée sur les tâches plutôt que sur le RCI où des actes cliniques sont posés sans savoir pourquoi. Bien que plusieurs études décrivent des pratiques pédagogiques, peu détaillent les mesures de remédiation. Les mesures les plus courantes décrites sont le questionnement socratique, le coaching et la rétroaction. Conclusion. Cette revue met en évidence la diversité des difficultés de RCI chez les personnes étudiantes et le nombre limité de mesures de remédiation documentées. Il est crucial de renforcer la formation des personnes formatrices à l'aide de modèles théoriques du RCI qui précisent les composantes essentielles du RCI, les difficultés observables et les mesures de remédiation suggérées.

**Références :**

1. Kavanagh JM. Crisis in competency: a defining moment in nursing education. Online *J Issues Nurs.* 2021;26(1).Manuscript 2. https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol26No01Man02
2. Kennedy JA, Laskowski P, Breyman B. Clinical judgment in new nurse graduates: identifying the gaps. *Internat J Nurs Educ Schol.* 2023;20(1), 20220112. https://doi.org/10.1515/ijnes-2022-0112
3. Peters M, Godfrey C, McInerney P, et al. *Chapter 11: Scoping reviews.* 2020. In: JBI Manual for Evidence Synthesis. JBI. https://synthesismanual.jbi.global.

**Analyse d'une activité professionnelle pour une transposition didactique : l'accompagnement des étudiant(e)s en soins infirmiers au RCI/JCI en stage**

Geoffroy Néel, Laurence Durat

**Contexte :** Notre recherche doctorale a pour objet les difficultés de supervision au raisonnement clinique infirmier (RCI) et au jugement clinique (JCI) des étudiant(e)s en stages.[1] Notre constat fait suite aux visites en stages que nous avons menées dans une cinquantaine d'établissements de santé en France depuis plus de 15 ans : les méthodologies d'enseignement du RCI et du JCI diffèrent d'un institut de formation en soins infirmiers (I.F.S.I.) à un autre, les infirmier(e)s consacrent peu de temps à l'accompagnement des étudiant(e)s concernant la démarche clinique ainsi qu'aux formateurs(trices) venant les rencontrer pour échanger sur ce sujet. La transposition des modèles théoriques dans les situations d'apprentissage se heurtent à des verrous. Notre revue de littérature narrative confirme que le RCI/JCI relève d'un cadre théorique émergent en France, aussi bien pour les infirmier(e)s que pour les étudiant(e)s.[1] Nos constats sont renforcés par notre phase exploratoire menée en 2025 par focus groups.[2] Cette étude a porté sur 30 apprenant(e)s et 12 infirmier(e)s, soit 18 séances[2]: elle a mis en évidence des leviers d'amélioration quant à l'accompagnement des étudiant(e)s dans la mobilisation de leur compétence de RCI/JCI sur les plans conatif, cognitif, pragmatique, axiologique, affectif. Ces premiers résultats démontrent un écart entre le prescrit et le réel quant aux pratiques de supervision des étudiant(e)s en contexte de RCI/JCI.

**Objectifs :** Nous analyserons les situations de travail dans lesquelles les infirmier(e)s accompagnent les apprenant(e)s lors des activités de soins en situation réelle, relevant du cadre RCI/JCI, à partir des apports de la didactique professionnelle.

**Méthodes :** Notre étude multicentrique cible des services de médecine de 4 centres hospitaliers : ce sera l'occasion d'être au plus proche de l'essence de la didactique professionnelle. 15 temps d'activités de soins seront filmés au moyen de lunettes connectées, suivis de 15 entretiens d'autoconfrontations[3] où chaque infirmier(e) analysera rétrospectivement sa supervision de l'étudiant(e) à partir de l'enregistrement de son accompagnement au RCI/JCI filmé.[3] La SIFEM a validé notre protocole.

**Résultats :** Les résultats inédits seront dévoilés lors de la conférence RCI de Montréal 2026.

**Conclusion :** En France, l'arrière-plan conceptuel de référence du RCI/JCI n'est pas stabilisé pour beaucoup d'infirmier(e)s, notre recherche permettra d'éclairer cet écosystème.

**Références :**

1. Audétat MC, Laurin S, Dory V, Charlin B, Nendaz MR. Diagnosis and management of clinical reasoning difficulties: Part I. Clinical reasoning supervision and educational diagnosis. *Med Teach.* 2017; 39(8) : 792 6. https://doi.org/10.1080/0142159x.2017.1331033
2. Merton RK. The focussed interview and focus groups: continuities and discontinuities. *Public Opin Q.* 1987; 51(4) : 550-566. Disponible sur : http://www.jstor.org/stable/2749327 [Cité le 15 mars 2026]
3. Theureau J. Les entretiens d'autoconfrontation et de remise en situation par les traces matérielles et le programme de recherche « cours d'action ». *Revue D'Anthropologie des Connaissances.* 2010; 4(1). https://doi.org/10.3917/rac.010.0287

**Accompagner la transition des jeunes kinésithérapeutes : les Soirées DéCliCS comme dispositif post-diplôme de professionnalisation réflexive**

Matthieu Pestiaux, Marie Standaert, Aurore Strimel

**Introduction :** La transition entre formation initiale et entrée dans la pratique autonome constitue une phase critique pour les jeunes kinésithérapeutes. Si les compétences techniques sont généralement maîtrisées, les compétences transversales restent peu développées alors qu'elles conditionnent un raisonnement clinique contextualisé et sécuritaire. Dans la perspective du « raisonnement clinique en relation », cette communication présente les Soirées DéCliCS (Débriefing Clinique Continu en Santé), dispositif post-diplôme visant à soutenir le développement d'un raisonnement clinique réflexif, collaboratif et ancré dans la complexité des soins.

**Description du dispositif :** Depuis 2019, des rencontres mensuelles de deux heures réunissent une dizaine de jeunes diplômés autour de cas cliniques issus de leur pratique. Inspiré des communautés de pratique[1] et de l'apprentissage expérientiel,[2] le format comprend quatre étapes : exposé du cas, clarification, discussion collective, synthèse réflexive. L'animation est assurée par un binôme (animateur fixe et invité interdisciplinaire), favorisant le raisonnement collaboratif et la co-construction de sens. Le dispositif agit comme un espace tiers, distinct de la supervision hiérarchique.

**Résultats :** Une évaluation mixte montre une satisfaction élevée, une amélioration perçue de la gestion des situations complexes, une réduction du sentiment d'isolement et un renforcement des compé--ences relationnelles intégrées au raisonnement cli--ique.

**Conclusion :** Les Soirées DéCliCS illustrent une proposition de raisonnement clinique, où la compétence réflexive se développe dans et par la relation– aux pairs, aux patients et au Contexte : Ce dispositif pourrait contribuer à une professionnalisation durable et à la prévention des risques psychosociaux en début de carrière.

**Références :**

1. Wenger E. *Communities of practice: learning, meaning, and identity.* Cambridge: Cambridge University Press; 1998.
2. Kolb DA. *Experiential learning : experience as the source of learning and development.* Englewood Cliffs (NJ): Prentice Hall; 1984.

**PRISME : rendre visible la prise de décision clinique en contexte d'incertitude**

Jean-Louis Larochelle, Joseph-Omer Dyer

**Contexte :** En contexte réel, la prise de décision clinique (PDC) ne peut reposer que sur les seules données probantes ou les lignes directrices cliniques; elle mobilise aussi le raisonnement clinique (RC) en contexte d'incertitude, les préférences du patient, l'expérience de la personne clinicienne et l'applicabilité concrète des options cliniques dans la situation authentique. En effet, il arrive fréquemment que les recommandations basées sur les données probantes ne peuvent être appliquées directement en raison de l'incertitude, des circonstances, et des contraintes de la situation clinique réelle/authentique. Or, ces dimensions de la PDC sont rarement explicitées de façon intégrée dans la formation des personnes apprenantes des sciences de la santé. Ceci constitue une lacune des formations en PDC limitant la transférabilité des apprentissages au contexte réel.

**Description :** Cette communication présentera le codéveloppement de PRISME, un cadre de référence intégrateur visant à rendre visible la PDC centrée sur le patient. PRISME signifie Préférences du patient, Raisonnement clinique intégré de la situation, savoirs scientifiques (données probantes, lignes directrices cliniques), Mise en œuvre et Expérience clinique. La composante Mise en œuvre renvoie aux conditions d'applicabilité des options dans une situation donnée et se base sur le modèle APEASE. Son développement repose sur une démarche multiphasique mixte : synthèse des connaissances, consultations auprès des publics cibles, ateliers de co-construction, consensus Delphi modifié, puis im--lantation pilote. Objectifs d'apprentissage : 1) dé--rire les composantes de PRISME et leur contribu--ion à la PDC; 2) expliquer comment PRISME sou--ient l'enseignement du RC au-delà d'une lecture strictement fondée sur les données probantes; 3) dégager des pistes d'utilisation en supervision, en analyse de cas et en formation initiale.

**Résultats :** Une première synthèse a permis d'établir l'architecture préliminaire de PRISME, offrant un langage commun, simple et transférable pour enseigner, apprendre et discuter la PDC en contexte authentique avec incertitude.

**Références :**

1. Charlin B, Lubarsky S, Millette B, et al. Clinical reasoning processes: unravelling complexity through graphical representation. *Med Educ.* 2012;46(5):454-63. https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2012.04242.x
2. Hoffmann TC, Montori VM, Del Mar C. The connection between evidence-based medicine and shared decision making. *JAMA.* 2014;312(13):1295-6. https://doi.org/10.1001/jama.2014.10186
3. Deutsch JE, Gill-Body KM, Schenkman M. Updated integrated framework for making clinical decisions across the lifespan and health conditions. *Phys Ther.* 2022;102(3):pzab281. https://doi.org/10.1093/ptj/pzab28

**Du drapeau rouge au raisonnement structuré : développement d'un outil pour le dépistage des différentiels graves en musculosquelettique**

Jean-Louis Larochelle, André Laflamme, Marie-Josée Nadeau, Joseph Omer Dyer

**Contexte :** Les professionnels de la santé gérant les troubles musculosquelettiques (TMS) en première ligne reconnaissent l'importance de dépister les diagnostics différentiels graves. Cependant, la littérature et la pratique démontrent qu'il y a hétérogénéité des approches, du raisonnement clinique (RC)et des définitions utilisées dans cette démarche.[1,2] Cette variabilité affecte notamment l'enseignement de cette compétence en compromettant la continuité et la qualité de son explicitation.[3]

**Méthode :** Les objectifs sont de développer une approche programme structurée du RC dans la démarche de dépistage des différentiels graves des TMS en première ligne puis d'opérationnaliser cette approche au moyen d'un outil numérique interactif pour soutenir l'enseignement et le RC du dépistage auprès des étudiants le développement (financement École de Réadaptation, U. de Montréal) aura lieu en trois phases : 1- Génération des dimensions à partir des besoins curriculaires et de la littérature 2- Approche de consensus d'experts en TMS au programme de physiothérapie et en pédagogie de la santé (méthode Delphi adaptée en 3 rondes de sondage) (mai à décembre 2024), puis 3- Codéveloppement du prototype numérique avec étude pilote préimplantation auprès des étudiants de 2e et 4e année en 2025.

**Résultats :** Le développement d'une approche structurée d'explicitation du RC de dépistage consensuelle auprès des parties prenantes au programme a permis de soulever certains défis dont : les définitions variables et le manque d'exactitude diagnostic des drapeaux rouges,[1,2] ainsi que la multiplication des outils d'aides à la décision générés par comité, guides ou intelligence artificielle. L'approche développée se base sur 3 critères : le niveau d'urgence, le niveau de certitude et les types de pathologies/systèmes organiques. Un outil numérique en libre accès a été développé conjointement pour opérationnaliser l'approche. L'outil se base en particulier sur un algorithme d'échafaudage mnémotechnique visuel simple, guidant une démarche analytique hypothético-déductive sélective des priorités en fonction de l'ensemble du portrait clinique.

**Résultats :** Cette approche et l'outil associé permettent de structurer l'enseignement du RC en dépistage des différentiels graves au sein du programme de physiothérapie. La prochaine étape consistera en la validation plus large auprès des autres professions (médecins, IPS).

**Références :**

1. Finucane L, Greenhalgh SM., Mercer C, Selfe J, *Defensive medicine: A symptom of uncertainty?* Musculoskeletal Science and Practice, Volume 60, 2022, 4p. https://doi.org/10.1016/j.msksp.2022.102558
2. Storari L, Piai J, Zitti M, et al. Standardized definition of red flags in musculoskeletal care: a comprehensive review of clinical practice guidelines. *Medicina* 2025, 61, 1002. https://doi.org/10.3390/medicina61061002
3. Parodis I, Andersson L, Durning SJ, et al. Clinical reasoning needs to be explicitly addressed in health professions curricula: recommendations from a European Consortium. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(21):11202. https://doi.org/10.3390/ijerph182111202

## Thème : Théorie et recherche sur le raisonnement clinique

### Raisonnement clinique collaboratif en soins de longue durée : une perspective socioconstructiviste

Nicolas Fernandez, Nicolas Gulino, Marie-Claude Audétat, Michael Buyck

**Contexte :** Le raisonnement clinique collaboratif (RCC) est de plus en plus reconnu comme essentiel pour la prise en charge des maladies chroniques complexes,[1] mais peu de travaux empiriques décrivent le RCC dans la pratique courante.[2] Nous avons observé une équipe interdisciplinaire expérimentée en soins de longue durée afin de mieux comprendre la mise en œuvre du RCC.

**Méthodes :** L'Équipe interdisciplinaire était composée d'un médecin, d'une infirmière et d'un technicien en réadaptation, chacun ayant plus de 22 ans d'expérience. Après une observation sur site, les participants ont pris part à des entretiens individuels, en binôme et en groupe, avec verbalisation à haute voix, en visionnant un extrait vidéo de leur réunion. Toutes les interventions verbales ont été enregistrées, transcrites et analysées à l'aide d'une analyse du discours, afin d'examiner comment les membres formulaient et négociaient leur raisonnement dans le cadre de la théorie de l'activité historico-culturelle.[3]

**Résultats :** L'analyse s'est concentrée sur une séquence au cours de laquelle l'équipe interdisciplinaire examinait s'il convenait d'ajuster le traitement cardiaque d'un patient afin de réduire la somnolence et le risque de chute. Trois tensions interconnectées ont reflété le RCC :

1) L'expression de perspectives propres à chaque profession : les membres expliquent et justifient leur raisonnement clinique ;
2) La construction d'un plan cohérent : passage d'un échange initialement « désordonné » à une compréhension partagée de l'état du résident ;
3) L'équilibre entre le raisonnement biomédical et des résultats centrés sur le patient, l'équipe reformulant la problématique d'un ajustement médicamenteux en un soutien à une activité significative.

Le RCC a abouti à une décision collective de ne pas modifier le traitement.

**Discussion :** Les résultats illustrent la mise en pratique du RCC et mettent en évidence des conditions — le raisonnement explicite, le leadership inclusif et le temps de délibération — qui favorisent une collaboration efficace. Comprendre ces dynamiques peut améliorer la formation au RCC et promouvoir des soins plus sûrs et plus personnalisés pour les résidents atteints de multimorbidité.

**Références :**

1. Kiesewetter J, Fischer F, Fischer MR. Collaborative clinical reasoning—a systematic review of empirical studies. *J Cont Educ Health Profes.* 2017;37(2):123-8.
2. Blondon KS, Maître F, Muller-Juge V, et al. Interprofessional collaborative reasoning by residents and nurses in internal medicine: evidence from a simulation study. *Med Teach.* 2017;39(4):360–7.
3. Engeström Y, Pyörälä E. Using activity theory to transform medical work and learning. *Med Teach.* 2021;43(1):7-13.

## Le Raisonnement Clinique Collaboratif en santé: une revue intégrative

Olivier Hunin, Fanny Lacour, Katherine Blondon, Amélie Richard, Etienne Panchout, Pierre Bulpa, Franck Veschuren

**Contexte :** Le Raisonnement Clinique Collaboratif (RCC) désigne les processus par lesquels plusieurs professionnels de santé participent au raisonnement et à la prise de décision clinique concernant un patient.[1] Il implique l'intégration des connaissances et la construction d'une compréhension partagée de la situation clinique au sein de l'équipe.[1,2] Malgré son importance croissante dans les systèmes de santé et son rôle potentiel dans la qualité et la sécurité des soins,[3] le RCC demeure encore insuffisamment conceptualisé dans la littérature. L'objectif de cette étude est d'examiner comment le RCC est décrit et défini dans la littérature en santé, afin d'en proposer une clarification conceptuelle.

**Méthode :** Une revue intégrative a été conduite selon le cadre méthodologique de Toronto et Remington (2020). Une recherche systématique a été réalisée dans cinq bases de données (PubMed, Embase, Scopus, CINAHL, PsycInfo), complétée par une exploration de la littérature grise. Quatorze articles ont été inclus après sélection et évaluation de la qualité méthodologique selon les outils du Joanna Briggs Institute. Les données ont été analysées par synthèse thématique afin d'identifier les dimensions conceptuelles du RCC. Une seconde analyse interprétative a ensuite été menée afin d'approfondir l'interprétation des résultats et d'atteindre un niveau d'abstraction conceptuelle supérieur.

**Résultats :** Cinq dimensions du RCC ont été identifiées. Premièrement, le RCC constitue un processus sociocognitif collectif, dans lequel les contributions individuelles sont intégrées pour construire une compréhension partagée de la situation clinique. Deuxièmement, il repose sur un processus interactionnel de construction de sens, par lequel les acteurs confrontent, négocient et transforment leurs interprétations. Troisièmement, il constitue une réponse à la complexité et à l'incertitude. Quatrièmement, il intègre le patient comme acteur du raisonnement, susceptible de contribuer activement à la compréhension de la situation clinique. Enfin, son émergence dépend de conditions socio-relationnelles et épistémiques. Le RCC peut ainsi être conceptualisé comme un processus collectif de construction du sens clinique, reposant sur l'interaction et l'intégration de perspectives multiples afin de soutenir la compréhension et la décision dans des situations complexes.

**Conclusion :** Cette revue propose une clarification conceptuelle du RCC en cinq dimensions et ouvre des perspectives pour le développement de dispositifs pédagogiques, notamment en contexte interprofessionnel et en simulation.

**Références :**

1. Kiesewetter J, Fischer F, Fischer MR. Collaborative clinical reasoning—a systematic review of empirical studies. *J Contin Educ Health Prof.* avr 2017;37(2):123-8. https://doi.org/10.1097/CEH.0000000000000158
2. Blondon KS, Maître F, Muller-Juge V, et al. Interprofessional collaborative reasoning by residents and nurses in internal medicine: Evidence from a simulation study. *Med Teach.* 3 avr 2017;39(4):360-7. https://doi.org/10.1080/0142159X.2017.1286309
3. Lee CY, Lai HY, Lee CH, Chen MM, Yau SY. Collaborative clinical reasoning: a scoping review. *PeerJ.* 6 mars 2024;12:e17042. https://doi.org/10.7717/peerj.17042

**Raisonnement clinique collaboratif dans le cadre de suivi à long terme de patientes.**

Vitoria Pires da Silva, Émilie Grobet, Marie-Claude Audétat

**Contexte :** Le raisonnement clinique désigne « les processus de pensée et de prise de décision qui permettent au clinicien de proposer une prise en charge dans un contexte spécifique de résolution de problème de santé ».[1] Ce raisonnement intègre des démarches à la fois analytiques et intuitives.[2] Lorsque que plusieurs professionnel-le-s sont amenées à raisonner ensemble autour de la prise en charge d'une patiente, notamment dans les cas de suivi à long terme, on parle alors de « raisonnement clinique collaboratif » (RCC). Cette recherche avait pour objectif d'identifier les processus qui sous-tendent le RCC, de manière à pouvoir les comprendre et les enseigner.

**Méthode :** Cette étude de cas qualitative s'est déroulée dans un centre ambulatoire pédiatrique à Genève. En avril 2025, un enregistrement audio-vidéo d'un colloque interdisciplinaire au sein du centre a été réalisé, suivi de six entretiens semi-structurés. Les thérapeutes interrogées ont été amenées à expliciter leurs réflexions de manière spontanée et à travers le visionnage d'extraits vidéo (méthodes de think-aloud et stimulated-recall). En janvier 2026, une triangulation des résultats a pu être réalisée lors d'un colloque de feed-back au groupe. Une seconde phase est prévue pour 2026-2027, dans les services de pédiatrie et de médecine interne des Hôpitaux Universitaires de Genève.

**Résultat :** L'analyse des verbatims, en complémentarité avec les observations des investigatrices, ont mis en évidence quatre enjeux principaux : conditions préalables requises, déroulement du colloque, explicitation des processus du RC, identité professionnelle et dynamique de groupe. Tout d'abord, cette étude souligne l'importance d'une décision réfléchie quant à l'environnement de la réunion, ainsi que l'anticipation des éléments pouvant la perturber. Ensuite, la définition d'une structure alignée avec les objectifs, ainsi que l'intégration d'outils interprofessionnels, contribuent à l'efficience de l'échange. De même, lors de la réflexion en groupe, l'explicitation du raisonnement favorise le développement d'une conscience collective des grandes étapes du RC.[3] Enfin, la prise en considération des facteurs influençant la dynamique de groupe, tels que l'influence d'une hiérarchie ou leadership et l'intégrité de l'identité professionnelle, améliore les conditions de co-apprentissage. Cette étude propose plusieurs recommandations dans l'objectif d'améliorer l'efficience et les bénéfices des échanges collaboratifs.

**Références :**

1. Higgs J, Jones M. *Clinical reasoning in the health professions.* In: Higgs J, Jones, M &Eds. Clinical Reasoning in the Health Professions. 2nd ed. Oxford: Butterworth-Heineman Ltd, 2000:3-14
2. Tversky A, Kahneman D. Judgment under uncertainty: heuristics and biases. *Science.* 1974 Sep 27;185(4157):1124-31. https://doi.org/10.1126/science.185.4157.1124.
3. Charlin B, Lubarsky S, Millette B, et al. Clinical reasoning processes: unravelling complexity through graphical representation. *Med Educ.* 2012;46:454-463. https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2012.04242.x

## Vers une conceptualisation du raisonnement clinique collaboratif : principes et implications pour l'éducation interprofessionnelle

Amélie Richard

**Contexte :** Le raisonnement clinique collaboratif (RCC) est un processus partagé par lequel des professionnelles, la personne et ses proches mobilisent et articulent leurs raisonnements afin de construire une compréhension commune de la situation et d'orienter les décisions cliniques.[1] Pourtant, il est rarement enseigné explicitement : les initiatives d'éducation interprofessionnelle (EIP) privilégient le développement de compétences générales (communication, rôles, travail d'équipe), tandis que le raisonnement clinique demeure le plus souvent abordé de façon unidisciplinaire. Cette dissociation contribue à maintenir des frontières entre les disciplines et limite l'élaboration d'un modèle mental partagé face à des situations complexes.[2] À partir d'une analyse croisée de la littérature et de travaux empiriques en EIP, cette communication vise à clarifier les principes clés du RCC et leurs implications pour l'EIP.[3]

**Méthode :** La communication présente une conception du RCC comme processus structuré reposant sur trois opérations interdépendantes : 1) le partage explicite des perspectives, incluant celles de la personne et de ses proches, ainsi que du rationnel qui les sous-tend; 2) l'évaluation collective des perspectives, hypothèses et options d'action à l'aide de critères explicités; 3) la prise de décision partagée fondée sur la priorisation des perspectives à la lumière de l'évaluation menée.

**Résultat :** Cette proposition permet de dépasser une conception du RCC centrée principalement sur l'échange d'informations ou la coordination, pour le considérer comme une activité de raisonnement à part entière. Elle met également en lumière l'importance des processus cognitifs à l'œuvre pour soutenir la rigueur du raisonnement et la qualité du dialogue interprofessionnel.[3]

**Références :**

1. Kiesewetter J, Fischer F, Fischer MR. Collaborative clinical reasoning—a systematic review of empirical studies. *J Contin Educ Health Prof.* 2017;37(2):123–128. https://doi.org/10.1097/CEH.0000000000000158
2. Blondon KS, Maître F, Muller-Juge V, et al. Interprofessional collaborative reasoning by residents and nurses in internal medicine: Evidence from a simulation study. *Med Teach.* 2017;39(4):360–367. https://doi.org/10.1080/0142159X.2017.1286309
3. Richard A. *L'utilisation des habiletés de pensée pour mieux collaborer : développement, implantation et évaluation d'une approche de pratique réflexive en formation interprofessionnelle* [thèse de doctorat]. Québec (QC): Université Laval; 2021.

**Décider dans l'incertitude : analyser la construction progressive de la décision dans le raisonnement clinique des personnes apprenantes.**

Fanny Lacour, Ambre Janssens, Léticia Warnier

**Contexte :** Le raisonnement clinique (RC) est souvent étudié à partir du diagnostic posé ou de la décision finale, alors que les processus de pensée intermédiaires qui orientent progressivement cette décision demeurent largement invisibles.[1] Or, dans les professions de santé, la gestion de l'incertitude repose précisément sur ces processus qui impliquent des ajustements ou jugements intermédiaires, que l'on peut qualifier de micro-jugements. Les dispositifs de concordance de script utilisent des situations cliniques ambiguës pour lesquelles on suggère une hypothèse initiale et l'introduction de nouveaux indices pouvant modifier la pertinence de l'hypothèse. Chez la personne répondant à une question de concordance, l'introduction des nouveaux indices entraîne une mobilisation des scripts cliniques pour juger l'hypothèse initiales.[2] À l'heure actuelle, les processus cognitifs ou de pensée mobilisés lors de ces tâches de concordance restent peu documentés.

**Méthode :** Une étude qualitative interprétative a été menée auprès de neuf étudiants en kinésithérapie confrontés à trois vignettes cliniques comportant des questions de concordance. Les participants ont verbalisé leur raisonnement à voix haute selon un protocole *Think-Aloud*. Les verbalisations ont été analysées par analyse thématique réflexive afin d'identifier les manifestations discursives de la construction décisionnelle.

**Résultats :** Les analyses mettent en évidence une trajectoire décisionnelle récurrente comprenant une orientation hypothétique initiale, la mise en tension de cette hypothèse par l'introduction d'un nouvel indice clinique, puis un ajustement progressif de l'interprétation jusqu'à une stabilisation provisoire ou une suspension de la décision. Ces ajustements correspondent à une série de micro-jugements par lesquels l'étudiant réévalue la plausibilité des hypothèses et mobilise ses scripts interprétatifs face aux nouveaux indices cliniques.

**Conclusion :** En rendant visibles ces ajustements intermédiaires, cette recherche contribue à mieux comprendre la dynamique du raisonnement clinique et ouvre des pistes pédagogiques pour soutenir son apprentissage en situation d'incertitude.[3]

**Références :**

1. Ainge LE, Edgar AK, Kirkman JM, Armitage JA. Developing clinical reasoning along the cognitive continuum: a mixed methods evaluation of a novel Clinical Diagnosis Assessment. *BMC Med Educ.* 2025;25:31
2. Lubarsky S, Dory V, Audétat MC, Custers E, Charlin B. Using script theory to cultivate illness script formation and clinical reasoning in health professions education. *Can Med Educ J.* 2015;6(2):e61-70.
3. Rencic J, Trowbridge RL Jr, Fagan M, Szauter K, Durning S. Clinical reasoning education at US medical schools: results from a national survey of internal medicine clerkship directors. *J Gen Intern Med.* 2017;32(11):1242-6.

## Thème : L'enseignement du raisonnement clinique

### Conception d'un *escape game* pédagogique pour soutenir le développement du raisonnement clinique en kinésithérapie

Jimmy Antunes

**Contexte :** Le raisonnement clinique constitue une compétence centrale pour les professionnels de santé, impliquant notamment la capacité à formuler, tester et hiérarchiser des hypothèses dans un contexte d'incertitude.[1] Les approches pédagogiques actives, telles que les *serious games*, offrent des perspectives prometteuses pour soutenir cet apprentissage.

**Méthode :** Un *escape game* reposant sur une situation clinique complexe et authentique a été développé pour des apprenants en formation initiale en kinésithérapie.[2] Répartis en équipes, les apprenants doivent résoudre des énigmes permettant de collecter et interpréter progressivement des données issues du dossier médical, de l'anamnèse et de l'examen clinique. Ces données sont présentées à travers différents supports (audio, body chart, vidéo) afin de garantir l'authenticité de la situation clinique. Chaque équipe formule des hypothèses, les réévalue et les hiérarchise selon leur probabilité au fil de la progression de l'*escape game*. Chaque hypothèse est matérialisée sur un support visuel, permettant la visibilité du raisonnement. Cette matérialisation favorise les échanges au sein des équipes et la construction d'un raisonnement collaboratif. Le dispositif aboutit à une prise de décision clinique argumentée de chaque équipe suivie d'un débriefing structuré centré sur l'explicitation des processus de raisonnement.

**Résultat :** L'*escape game* favorise l'engagement des apprenants par la ludification et s'inscrit dans une approche socioconstructiviste.

**Conclusion :** L'*escape game* constitue un outil pédagogique innovant pour expliciter la formulation et la hiérarchisation d'hypothèses. Son intégration dans les curriculums pourrait contribuer à renforcer l'apprentissage du raisonnement clinique. Ce dispositif est proposé comme un exemple transférable à d'autres contextes de formation.

**Références :**

1. Nendaz M, Charlin B, Leblanc V, Bordage G. Le raisonnement clinique: données issues de la recherche et implications pour l'enseignement. *Pédagogie Médicale*. EDP Sciences; 1 nov 2005;6(4):235-54.
2. Fides-Valero A, Bray L, Dieckmann P, et al. Creating and running an escape room for healthcare curricula: AMEE Guide No. 168. *Med Teach*. Taylor & Francis; 0(0):1-12.

## Enseigner le raisonnement clinique par la bande dessinée : une approche narrative et métacognitive

Siiri Astudillo

**Contexte :** Le raisonnement clinique (RC) constitue le cœur de la compétence médicale et représente un enjeu critique de sécurité des soins, les erreurs de raisonnement étant impliquées dans 96 % des événements indésirables graves.[1] Face aux limites des approches conventionnelles à induire des changements comportementaux durables et à la massification des effectifs, le recours à des formats pédagogiques innovants s'avère nécessaire. La bande des-inée médicale (graphic medicine) offre un levier pertinent pour mobiliser l'introspection, l'empathie et la réflexivité, souvent peu stimulées par les méthodes traditionnelles.[2-4]

**Méthode :** Ce travail avait pour objectif de concevoir et formaliser un outil pédagogique original fondé sur la bande dessinée pour enseigner le RC et favoriser la métacognition chez les internes. Le projet s'appuie sur trois piliers conceptuels : l'« edutainment » (engagement narratif au service de l'ancrage), la cognition émotionnelle (impact des émotions sur la mémorisation et le transfert clinique) et l'apprentissage narratif par cas (modélisation cognitive des processus décisionnels). La conception du support a suivi une démarche de recherche-action participative. Un groupe pilote de neuf internes de différents semestres et subdivisions a co-construit et évalué de façon itérative les scénarios. Pour intégrer l'influence du contexte clinique,[5] l'ouvrage mêle des récits romancés à des situations authentiques explicitant les étapes du raisonnement, les biais cognitifs et les stratégies de régulation. Le script final a ensuite été validé par une méthode Delphi auprès de 6 experts en pédagogie médicale. Cet outil vise à développer chez l'interne une posture réflexive en facilitant l'identification des situations à risque d'erreur. Il propose une modalité contextualisée, engageante et diffusable pour l'enseignement du RC en troisième cycle. Les perspectives incluent la finalisation graphique de l'ouvrage et l'évaluation de son impact pédagogique en conditions réelles d'apprentissage.

**Références :**


1. Kachalia A, Gandhi TK, Puopolo AL, et al. Missed and delayed diagnoses in the emergency department: a study of closed malpractice claims from 4 liability insurers. *Ann Emerg Med.* 2007 Feb;49(2):196-205. https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2006.06.035.
2. Moretti V, Scavarda A, Green MJ. Learning by drawing: understanding the potential of comics-based courses in medical education through a qualitative study. *BMC Med Educ.* 2025 Apr 17;25(1):563. https://doi.org/10.1186/s12909-025-07120-y.
3. Deshmukh A, Gayton A, Williams L, et al. Evaluation of using a graphic novel Vivian in nursing curriculum from the perspectives of nurse educators: a three-country qualitative study. *BMC Palliat Care.* 2025 Oct 24;24(1):270. https://doi.org/10.1186/s12904-025-01907-y.
4. Arshad MF, Abbas I, Porcu F, et al. Breaking the cycle of parasitic diseases with edutainment: The intersection of entertainment and education. *PLoS Negl Trop Dis.* 2025 May 28;19(5):e0013072. https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0013072.
5. Pelaccia T, Tardif J, Triby E, et al. Comment les médecins raisonnent-ils pour poser des diagnostics et prendre des décisions thérapeutiques ? Les enjeux en médecine d'urgence. *Ann. Fr. Med. Urgence.* 1, 77–84 (2011). https://doi.org/10.1007/s13341-010-0006-1

**Bande dessinée et concordance de scripts : une combinaison inédite pour former au raisonnement clinique infirmier**

Patrick Lavoie, Marie-France Deschênes, Louise-Andrée Brien, Manon Daigle, Tanya Mailhot, Mélanie Marceau, Lysane Paquette, Virginie Tessier

**Contexte :** L'apprentissage du raisonnement clinique et de la prise de décision constitue un défi majeur en formation infirmière. La formation par concordance de scripts (FpC) a montré son potentiel pour former au raisonnement clinique en contexte d'incertitude,[1] tandis que la bande dessinée (BD) émerge comme une approche narrative prometteuse pour contextualiser l'apprentissage[2] Leur combinaison au sein d'une même activité pédagogique pour soutenir l'apprentissage du raisonnement clinique demeure toutefois inexplorée.

**Méthode :** Ce projet de *Scholarship* of Teaching and Learning[3] adopte un devis évaluatif mixte hybride convergent de type II. Il vise à concevoir, implanter et évaluer une activité pédagogique combinant BD et FpC pour soutenir le développement du raisonnement clinique en contexte de saignement postopératoire, auprès d'environ 500 étudiant·e·s de premier cycle en sciences infirmières de quatre univer--ités québécoises partenaires. Destinée à toute per--onne formatrice en sciences de la santé, cette com--unication portera sur les étapes de co-design et de démarrage de l'implantation.

**Résultats :** Le co-design, mené avec 12 enseignantes partenaires, a permis de développer des activités variées et contextualisées aux contraintes propres aux milieux. Ces activités combinent une BD illustrant la prise de décision infirmière lors d'un saignement après une chirurgie cardiaque et une FpC confrontant les apprenantes à des situations d'incertitude dans différents contextes cliniques de saignement. L'implantation des activités est en cours.

**Conclusion :** Ce projet illustre comment deux outils pédagogiques complémentaires peuvent être combinés pour aborder la complexité du raisonnement clinique en formation infirmière. Les propositions issues du co-design multisite offrent des pistes concrètes pour d'autres équipes souhaitant développer des activités pédagogiques innovantes dans ce domaine.

**Références :**

1. Roche A, Turcot AAR, St-Pierre A, et al. Learning-by-concordance approach in health professions education: a scoping review. *Perspect Med Educ.* 2025, 14(1), 387–398. https://doi.org/10.5334/pme.1658.
2. Bradley S, McLean R, Brewster L. What can medical education learn from comics? *Clin Teach.* 2021;18(6), 675-678. https://doi.org/10.1111/tct.13427
3. Bélisle M, Lison C, Bédard D. *Accompagner le scholarship of teaching and learning.* Dans A. Daele et E. Sylvestre (dir.), Comment développer le conseil pédagogique dans l'enseignement supérieur (p. 75-90). De Boeck Supérieur. 2016;p75-90

**Penser le raisonnement clinique comme une enquête située, apport d'une étude de portée pour l'enseignement en santé.**

Céline Pommier, Said Laribi, Samuel Renier.

**Contexte :** Le raisonnement clinique constitue une compétence centrale des professions de santé, au cœur des processus décisionnels en situation d'incertitude. Pourtant, la littérature met en évidence une hétérogénéité marquée des définitions, des cadres théoriques et des approches pédagogiques, rendant difficile l'identification d'un socle conceptuel partagé.[1,2]

**Méthode :** Dans ce contexte, cette communication vise à analyser les conceptualisations du raisonnement clinique et à interroger leurs implications pour son enseignement. Elle s'appuie sur une revue de portée portant sur l'enseignement du raisonnement clinique, incluant 25 articles. L'analyse thématique inductive met en évidence trois résultats principaux : (1) une instabilité conceptuelle, caractérisée par une pluralité de terminologies et de cadres explicatifs ; (2) une diversité des approches pédagogiques, sans modèle dominant clairement identifié ; (3) un rôle central du contexte, soulignant le caractère situé, dynamique et relationnel du raisonnement clinique.

**Résultats :** À partir de ces résultats, nous proposons de conceptualiser le raisonnement clinique comme une activité d'enquête située, inspirée des travaux de Dewey, dans laquelle les professionnels construisent, ajustent et réévaluent leurs hypothèses en interaction avec leur environnement, les autres acteurs et les situations de soin.

**Références :**

1. Durning SJ, Artino AR, Schuwirth L, van der Vleuten C. Clarifying assumptions to enhance our understanding and assessment of clinical reasoning. *Acad Med J Assoc Am Med Coll*. avr 2013;88(4):442-8. https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3182851b5b
2. Young M, Thomas A, Gordon D, et al. The terminology of clinical reasoning in health professions education: implications and considerations. *Med Teach*. nov 2019;41(11):1277-84. https://doi.org/10.1080/0142159X.2019.1635686
3. Rencic J, Schuwirth LWT, Gruppen LD, Durning SJ. A situated cognition model for clinical reasoning performance assessment: a narrative review. *Diagnosis*. 27 août 2020;7(3):227-40. https://doi.org/10.1515/dx-2019-0106

## Quelles sont les stratégies cognitives de raisonnement clinique infirmier mobilisées dans une formation par concordance

Marie-France Deschênes, Kathleen Lechasseur, Marie-Ève Caty, Nicolas Fernandez, Patrick Lavoie

**Introduction :** Les mécanismes par lesquels les modalités pédagogiques numériques soutiennent le développement de stratégies cognitives du raisonnement clinique infirmier (RCI) demeurent encore mal compris. Identifier ces stratégies pourrait affiner notre compréhension de l'apprentissage du RCI et d'entrevoir comment des modalités numériques favorisent son développement. S'adressant à toute personne formatrice en sciences infirmières, la présentation permettra de décrire les stratégies cognitives mobilisées par des personnes étudiantes lors de l'utilisation d'une modalité pédagogique numérique, la formation par concordance (FpC).[1] Elle visera aussi à comparer les stratégies identifiées à celles utilisées par des personnes expérimentées.

**Méthode :** Une étude qualitative descriptive[2] a été menée. Les commentaires explicatifs du RCI à chacun des items (n = 6) de la FpC ont fait l'objet d'une analyse de contenu à partir des 17 stratégies cognitives de RCI de Fonteyn.[3] Une analyse de fréquence des stratégies a aussi été réalisée.

Résultats : Quarante-six personnes ont participé à l'étude : 10 personnes étudiantes novices et 16 de niveau intermédiaire en plus de 20 personnes expérimentées, dont 13 infirmier·ère·s de réadaptation et sept personnes formatrices. Les résultats révèlent que certaines stratégies cognitives (ex., identification de données saillantes, recherche d'informations, établissement de liens) sont mobilisées plus fréquemment que d'autres stratégies. La stratégie cognitive « reconnaître un schéma » est peu ou pas utilisée, peu importe le groupe sondé. Les réponses étudiantes variaient en précision et en longueur, tandis que celles des infirmier·ère·s expérimentés incluaient une contextualisation détaillée du RCI. Les personnes formatrices mettaient souvent l'accent sur des pratiques exemplaires.

**Conclusion :** Les résultats soulignent l'importance d'adapter l'utilisation de la FpC afin de mieux soutenir l'apprentissage des stratégies cognitives du RCI. Trois variations sont proposées : (1) structurer des activités pédagogiques autour de scripts-soins infirmiers, (2) intégrer à la FpC des exercices de pensée à voix haute et (3) favoriser l'interactivité par la juxtaposition d'activités individuelles de FpC et d'autres menées en groupe.

**Références :**

1. Charlin B, Deschênes M-F, Fernandez N. Learning by concordance (LbC) to develop professional reasoning skills: AMEE Guide No. 141. *Med Teach.* 2021;43(6):614–21. https://doi.org/10.1080/0142159X.2021.1900554.
2. Bradshaw C, Atkinson S, Doody O. Employing a qualitative description approach in health care research. *Global Qual Nurs Res.* 2017;4:1–8. https://doi.org/10.1177/2333393617742282.
3. Fonteyn M. *Thinking strategies for nursing practice.* Philadelphia: J.B. Lippincott Publishers-Raven; 1998.

## Thème : Théorie et recherche sur le raisonnement clinique

### Augmenting clinical reasoning through artificial intelligence: toward a hybrid clinical methodology

Laura Campanozzi, Tambone Vittoradolfo

**Context:** The rapid integration of artificial intelligence (AI) into healthcare is reshaping not only clinical tasks but influencing how data are generated, evidence is synthesized, and decisions are justified.[1] Current approaches tend to address AI as a diagnostic tool or decision aid, focusing on discrete applications rather than on its structural implications for clinical reasoning itself. This presentation introduces a novel hybrid clinical methodology conceptualized as an epistemic framework to articulate how AI may augment clinical reasoning at the level of its underlying inferential organization—moving beyond task-specific applications to address the reasoning process as a whole.

**Method:** The proposed framework reconceptualizes clinical reasoning as a structured, multi-phase inferential process encompassing observation, hypothesis generation, evidence validation, risk stratification, and decision-making.[2] Its distinctive contribution lies in specifying how AI can function as an epistemic instrument differently within each phase—enhancing data processing in observation, expanding the hypothesis space during generation, structuring evidence comparison in validation, and refining risk assessment before decision. Grounded in the Aristotelian notion of "reinforcing alteration" (alteratio perficiens),[3] the model interprets technological enhancement as instrumental development rather than substitution of human judgment. By locating AI's contribution within specific inferential phases, the framework transforms hybrid reasoning from an abstract idea into a structured object of analysis for research and a clear target for educational design.

**Références :**

1. Montanari Vergallo G, Campanozzi LL, et al. How could Artificial Intelligence change the Doctor-Patient Relationship? A Medical Ethics Perspective. Healthcare. 2025;13(18):2340.
2. Tambone V, Campanozzi LL, Bassis L, et al. Technological advances in healthcare and medical deontology: towards a hybrid clinical methodology. *Healthcare*. 2025;13:1665.
3. Aristotle. *De Anima*. Translated by Smith JA. Oxford: Clarendon Press; 1931.

**Le raisonnement clinique en kinésithérapie comme activité située : une analyse tripolaire des dynamiques épistémiques, pragmatiques et relationnelle**

Jérôme Ehret, Laurence Durat, Franck Garnier

**Contexte :** Le raisonnement clinique ne constitue pas uniquement un processus cognitif individuel ; il se construit dans l'activité, au sein d'un ensemble de relations avec le patient, la situation de soin et les contraintes de l'environnement clinique. Si de nombreux travaux ont étudié ce processus en médecine et en sciences infirmières,[1] les connaissances demeurent plus limitées concernant la manière dont les kinésithérapeutes (physiothérapeutes) élaborent leur raisonnement en situation réelle de pratique, en particulier lors de la première consultation. Cette communication vise à analyser l'activité de raisonnement clinique de kinésithérapeutes expérimentés lors de cette situation.

**Méthode :** L'étude s'inscrit dans le cadre de la didactique professionnelle[2] et mobilise une analyse de l'activité attentive aux régulations entre prescriptions, contraintes et engagement du praticien. Le dispositif méthodologique repose sur quatre entretiens d'autoconfrontation en re-situ subjectifs à partir de consultations filmées, précédés par deux entretiens exploratoires et un entretien collectif réu-issant kinésithérapeutes, médecins et ostéopathe. Les données ont été analysées à l'aide d'une grille inspirée du modèle épistémique–pragmatique–relationnel.[3] Les résultats mettent en évidence trois niveaux d'analyse : 1) des invariants organisateurs de la situation (problématisation fonctionnelle du mouvement perturbé, co-construction relationnelle, mise à l'épreuve pragmatique, représentation évolutive du problème), 2) une structuration tripolaire de l'activité articulant dimensions épistémique, pragmatique et relationnelle, 3) des variations interindividuelles correspondant à des styles professionnels distincts, liés aux arbitrages opérés entre prescriptions, contraintes et valeurs engagées dans l'activité. Cette étude propose ainsi un modèle du raisonnement clinique du kinésithérapeute comme activité située structurée par trois pôles interdépendants et met en évidence le rôle des régulations dans l'émergence de styles professionnels.

**Références :**

1. Deschênes MF. Clinical reasoning in health professions: current perspectives. *Adv Health Sci Educ.* 2021;26(1):123–138.
2. Pastré P. *La conceptualisation dans l'action.* Toulouse: Octarès; 2011.
3. Vinatier I. *Le travail enseignant: une approche par l'analyse de l'activité.* Bruxelles: De Boeck; 2013.

## Le raisonnement clinique à travers les phases de la simulation : une conceptualisation ancrée dans le modèle du jugement clinique de Tanner

Émilie Gosselin, Liette St-Pierre, Chantal Baril

**Contexte :** La simulation immersive est aujourd'hui reconnue comme une stratégie pédagogique incontournable pour soutenir le raisonnement et le jugement clinique des personnes appre-antes en sciences infirmières.[1] Bien que plusieurs études aient documenté les effets positifs de la simulation sur le raisonnement clinique, celui-ci est souvent mesuré à partir de la performance clinique réalisée ou observée lors du scénario. Or, le jugement clinique modélisé par Tanner constitue un processus dynamique et itératif qui se déploie au-delà de la décision clinique.[2] À ce jour, la compréhension de la mobilisation du raisonnement clinique selon les phases d'une activité de simulation demeure peu documentée.

**Méthode :** Cette communication présente une conceptualisation, issue de travaux doctoraux mettant en parallèle les aspects du modèle du jugement clinique de Tanner[2] (remarquer, interpréter, répondre et réfléchir) et les phases d'une activité de simulation (préparation et breffage, scénario et débreffage)[1] (afin d'illustrer la mobilisation des processus cognitifs du raisonnement clinique selon la posture d'apprentissage adoptée. La phase de la préparation et du breffage sollicite les aspects remarquer et interpréter. La phase du scénario favorise le recours aux aspects remarquer, interpréter, répondre et réfléchir dans l'action chez les personnes intervenant lors du scénario. Les personnes en posture d'observation mobilisent quant à elles les aspects remarquer, interpréter et réfléchir sur l'action dans un processus d'apprentissage vicariant. Enfin, le débreffage constitue un espace clé de réflexion sur l'action. Cette conceptualisation servira de fondement à un projet pilote mené auprès de personnes apprenantes inscrites au cours Stage en santé communautaire. Le raisonnement et le jugement clinique y seront évalués à différents moments de la simulation à l'aide de la Rubrique du jugement clinique de Lasater.[3] La communication discutera également des implications théoriques et pédagogiques de cette approche.

**Références :**

1. Jeffries P. *The NLN Jeffries simulation theory*. 2 ed: National League for Nursing; 2022.
2. Tanner CA. Thinking like a nurse: A research-based model of clinical judgment in nursing. *J Nurs Educ*. 2006;45(6):204–11.
3. Lasater K. Clinical judgment development: Using simulation to create an assessment rubric. *J Nurs Educ*. 2007;46(11):496–503.

## L'approche des capabilités pour comprendre la prise de décision infirmière : au-delà de la compétence individuelle

Patrick Lavoie

**Introduction :** L'autonomie infirmière, soit la capacité à prendre des décisions indépendantes et à exercer son jugement professionnel, est reconnue comme un déterminant de la qualité des soins, de la satisfaction au travail et de la rétention du personnel, notamment en soins intensifs. Pourtant, les modèles dominants conceptualisent la prise de décision comme un processus essentiellement cognitif et individuel, occultant les conditions qui déterminent la capacité réelle des infirmier·ère·s à agir selon leur jugement clinique.

**Méthode :** Cette communication s'appuie sur une réanalyse qualitative d'entrevues semi-dirigées (méthode des décisions critiques) menées auprès de 39 infirmier·ère·s expérimenté·e·s dans quatre unités de soins intensifs au Québec,[1,2] à travers le cadre des capabilités d'Amartya Sen. Ce cadre examine comment les ressources disponibles (informationnelles, thérapeutiques, humaines), les facteurs de conversion (personnels, sociaux, institutionnels) et l'agentivité professionnelle façonnent les possibilités réelles d'action.

**Résultats :** Trois capabilités interdépendantes structurent la prise de décision : obtenir l'information pertinente, interpréter la situation clinique et mettre en œuvre des décisions. Conditionnées par les dynamiques interprofessionnelles, l'accès aux ressources et les protocoles institutionnels, ces capabilités révèlent que les infirmier·ère·s font face à des obstacles structurels. Pour y répondre, ils et elles développent un agir adaptatif : anticipation, mobilisation proactive des ressources et négociation interprofessionnelle.

**Conclusion :** En déplaçant le regard de la compétence individuelle vers les conditions qui permettent ou empêchent d'agir, l'approche des capabilités offre un levier pour repenser la formation et les environnements de pratique en soins critiques.

**Références :**

1. Lavoie P, Arbour C, Garneau AB, et al. A dimensional analysis of experienced intensive care unit nurses' clinical decision-making for bleeding after cardiac surgery. *Nurs Crit Care.* 2024;29(5):1119-1131. https://doi.org/10.1111/nicc.13116.
2. Lavoie P. Exploring nurses' decision-making through the lens of capability: A framework for understanding autonomy in complex care environments. *J Adv Nurs.* 2026;82(2):1614-27. https://doi.org/10.1111/jan.17096
3. Sen A. *Development as freedom.* New York : Alfred A. Knopf ; 1999.

**Authenticité relationnelle en simulation d'anamnèse via chatbot IA : une étude mixte auprès d'étudiants en kinésithérapie**

Ludovic Nassel, Ambre Janssens, Laura De Rijck Mulh, Victor Kisita, Robin Guérit, Nicolas Huberty, Laurent Pitance

**Introduction :** L'intégration de l'intelligence artificielle générative dans la formation en santé ouvre de nouvelles perspectives pour la simulation clinique, mais soulève des questions sur la qualité de l'engagement relationnel qu'elle peut soutenir.[1,2] En particulier, la capacité des étudiants à s'engager de manière authentique dans une interaction clinique médiatisée par IA, c'est-à-dire à se comporter comme si l'interlocuteur était réel et à adapter leur posture en conséquence, reste peu explorée.[3] Cette étude vise à analyser l'authenticité relationnelle lors d'une simulation d'anamnèse via chatbot, définie à trois niveaux complémentaires : (a) les comportements interactionnels produits par l'étudiant, (b) l'expérience subjective vécue au cours de la simulation, et (c) le sens attribué a posteriori à cette expérience. Sur le plan expérientiel, quatre dimensions sont explorées : immersion, présence relationnelle, engagement affectif et authenticité de l'engagement.

**Méthode :** Un design mixte, multi-source et multi-temps a été mis en œuvre auprès de 366 étudiants de deuxième baccalauréat en kinésithérapie et réadaptation, dont 196 ont participé à l'activité pédagogique complète et accepté de contribuer à l'étude. Les données comprennent : (i) l'analyse des interactions étudiant–chatbot, (ii) un questionnaire post-simulation, et (iii) des entretiens différés explorant la mise en sens de l'expérience et son articulation avec le raisonnement clinique, actuellement en cours de réalisation.

**Résultats :** Les analyses préliminaires révèlent un engagement globalement élevé et une capacité des étudiants à ajuster leurs questions aux réponses du patient simulé. Toutefois, le degré d'immersion s'avère variable : une partie des étudiants maintient une posture procédurale, enchaînant des questions standardisées plutôt qu'en adoptant un raisonnement adaptatif. Ces résultats, complétés par l'analyse des entretiens en cours, seront présentés de manière approfondie au congrès. Ensemble, ils visent à identifier les conditions sous lesquelles une interaction médiée par IA peut être vécue comme relationnellement authentique.

**Conclusion :** Ce travail propose un cadre opérationnel pour étudier l'authenticité relationnelle en simulation IA et ouvre des perspectives concrètes pour le design de dispositifs pédagogiques intégrant ces outils dans la formation au raisonnement clinique.

**Références :**

1. Janssen E, McLagan R, Habeck J, Chung SY, McArthur EC, Anderson P. Barriers to breakthroughs: a scoping review of generative AI in healthcare simulation. *Clin Simul Nurs.* 2025;107:101791.
2. Shaw K, Henning MA, Webster CS. Artificial intelligence in medical education: a scoping review of the evidence for efficacy and future directions. *Med Sci Educ.* 2025;35(3):1803-1816.
3. Stamer T, Cames M, Gehle M, et al. Artificial intelligence supporting the training of communication skills in health care: scoping review. *J Med Internet Res.* 2023;25:e43311.

## Thème : L'évaluation du raisonnement clinique

### Rendre le raisonnement clinique observable dans les évaluations à fort enjeu en physiothérapie : étude de la portée

François Paquet, France Houle, Joseph Omer Dyer

**Contexte :** Le raisonnement clinique (RC) est au cœur de l'expertise clinique, mais demeure difficile à juger dans les évaluations à fort enjeu qui soutiennent des décisions sur la qualité de la pratique ou l'accès à la profession. En physiothérapie, il manque une synthèse sur les outils qui rendent le RC observable en contexte d'inspection professionnelle, de surveillance de la pratique, de remédiation, de retour à la pratique ou d'équivalence pour les professionnels formés à l'étranger.

**Méthode :** Cette communication présentera une étude de la portée selon PRISMA-ScR/JBI portant sur les outils ou modalités qui évaluent directement ou indirectement le RC chez les physiothérapeutes en exercice. Les bases consultées seront PubMed, CINAHL, Embase, Web of Science, PsycINFO et ERIC. Les outils d'intérêt incluront l'audit de dossier, l'entrevue de rappel basée sur les dossiers/Chart-Stimulated Recall, l'observation directe, l'entrevue structurée sur cas et l'ECOS/simulation.

**Résultats anticipés :** les résultats préliminaires montrent que le RC est rarement mesuré comme construit explicite; il est surtout inféré à partir de traces écrites, verbales ou comportementales, notamment la cohérence entre collecte de données, hypothèses, sécurité clinique, choix des tests, plan d'intervention, adaptation et réévaluation. Les outils les plus prometteurs devraient combiner authenticité clinique, explicitation du jugement et faisabilité, alors que les principales limites anticipées sont l'hétérogénéité des critères, le peu de données psychométriques et la difficulté d'isoler le RC d'autres dimensions de compétence.

### Soutenir l'enseignement et l'innovation autour du raisonnement clinique : présentation d'une communauté de pratique belge

Marie Standaert, Matthieu Pestiaux, Aurore Strimel, Amélie Richard

**Contexte :** Le raisonnement clinique (RC) constitue une compétence fondamentale en kinésithérapie, nécessitant des approches pédagogiques innovantes et une formation continue des enseignants.[1] La collaboration entre institutions s'avère essentielle pour favoriser le partage d'expertise et accélérer l'innovation pédagogique.[2] Cette présentation illustre comment des institutions concurrentes ont créé une dynamique collaborative unique, démontrant que partager permet d'aller plus vite et plus loin ensemble.

**Méthode :** Depuis 2018, le groupe Hautes Ecoles Raisonnement Clinique (HERC) rassemble des enseignants des sept Hautes Écoles francophones belges de kinésithérapie. Cette communauté de pratique révèle comment le RC progresse par les échanges : chacun a évolué grâce à une relation de confiance et de partage construite entre institutions concurrentes.[2]

**Résultat :** La présentation exposera les réalisations concrètes : revues systématiques collaboratives, outils pédagogiques partagés, formations suivies collectivement auprès d'experts internationaux, ouverture interdisciplinaire depuis 2022. Le groupe a étendu son action internationalement via des webinaires et la création d'une masterclass sur le RC disponible sur la plateforme FullPhysio, touchant un public francophone mondial. L'extension vers la formation des superviseurs cliniques illustre comment le RC se développe à travers les relations entre enseignants, praticiens et étudiants, soulignant l'importance du continuum entre formation académique et apprentissage en milieu clinique. Cette approche collaborative démontre qu'en mutualisant ressources et expertises, le groupe innove plus rapidement.[3]

**Références :**

1. Christensen N, Black L, Furze J, Huhn K, Vendrely A, Wainwright S. Clinical reasoning: survey of teaching methods, integration, and assessment in entry-level physical therapist aca--emic education. *Phys Ther*. 2017;97(2):175 86.
2. Demers G, Tremblay D-G. Les communautés de pratique (CdP) comme nouvelles modalités d'apprentissage : enjeux et défis. *Enjeux & Société*. 2020;7(2):217-44.
3. Wenger E. *Communities of practice: learning, meaning and identity*. Cambridge: Cambridge University Press; 1998.

## PRévention avec les Infirmiers pour un Système Modélisé en soins de 1ère lignE (PRISME)

Véronique Delolme, Jessica Guyot, Fanny Collange, Elise Verot

**Contexte :** Dans un contexte mondial où l'augmentation des maladies chroniques et le vieillissement de la population met en tension les systèmes de santé, la prévention est un axe fondamental pour améliorer la santé publique. En France, la stratégie nationale de santé recommande de développer une politique systémique de prévention tout au long de la vie, incluant les soins primaires comme leviers-clés.[1] Toutefois, en France, les pratiques cliniques préventives sont peu développées et peu formalisées, en raison de l'absence de référentiels de pratiques cliniques préventives.[2] Les infirmiers, par leur proximité et leurs compétences, jouent un rôle crucial dans cette mission auprès des patients et des communautés. Pourtant, bien que des politiques de santé publique tentent de renforcer ce rôle préventif, l'intégration des infirmiers dans la prévention en soins primaires reste inégale et sous-exploitée. Si des études ont exploré les perceptions et les pratiques des infirmières de 1ère ligne concernant leur rôle préventif, la méthode d'enquête reposait toujours sur des données déclaratives et aucune n'a été réalisée en France depuis 2015. Le projet PRISME vise l'exploration de la perception du rôle préventif des infirmiers de 1ère ligne français, sa mise en œuvre et les facteurs l'influençant, la caractérisation des actions de prévention réalisées en pratique courante et les interactions formelles et informelles qui peuvent exister.

**Méthode :** Nous réaliserons 30 à 40 entretiens semi-dirigés auprès d'infirmiers de 1ère ligne, en région Auvergne-Rhône-Alpes (deuxième plus grosse région de France) en respectant une représentation de la diversité des contextes d'exercice. 10 observations de terrain en contexte d'exercice complèteront le recueil des données. La méthode de Braun & Clarke sera mobilisée pour l'analyse qualitative.[3]

**Résultats :** PRISME apportera des éléments précieux de compréhension sur l'intégration du raisonnement clinique au sein du cadre épistémologique des sciences infirmières, par les infirmiers de 1ère ligne, pour repérer les opportunités et conduire des actions préventives. Ces résultats permettront de construire un modèle de prévention adapté à la pra-

tique infirmière française, pour les soins de 1ère ligne. Les retombées du projet PRISME pourraient inspirer les orientations politiques, tout en ouvrant une voie nouvelle pour la formation des futurs infirmiers de 1ère ligne. Grant : AAP Ambition Internationale Région Auvergne-Rhône-Alpes.

**Références :**


1. Haut Conseil de la santé publique. *Stratégie nationale de santé (SNS) 2023-2033* ; Disponible : https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1356 [cité le 21 fév 2026].
2. Haut Conseil de la santé publique. *La place des offreurs de soins dans la prévention* ; Disponible : https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=689. [cité le 21 fév 2026].
3. Braun V, Clarke V, Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol.* 2006;3, 77–101. https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa.


## Évaluer le raisonnement clinique au lit du malade : le programme ECALM

Siiri Astudillo

**Contexte :** L'évaluation joue un rôle central dans la dynamique enseignement–apprentissage en formation médicale, en particulier pour le développement du raisonnement clinique. L'observation directe en milieu de soin réel est reconnue comme un levier essentiel pour évaluer les compétences cliniques des internes, au-delà des seules connaissances déclaratives.[1] Toutefois, les outils disponibles sont souvent peu adaptés à une évaluation formative du raisonnement clinique, notamment en raison de leur caractère généraliste ou de leur utilisation en situations simulées.

**Méthode :** Ce travail présente un programme d'évaluation formative destiné aux internes de première année de médecine : « ECALM » (Évaluation Clinique Au Lit du Malade). Le dispositif repose sur l'observation directe d'un interne lors de la prise en charge d'un patient réel. Cette observation est suivie d'un temps de synthèse du dossier par l'interne permettant d'évaluer ses capacités de structuration, puis d'un échange avec l'évaluateur visant à expliciter le raisonnement clinique utilisé. L'ECALM s'appuie sur des fiches d'observation standardisées et structurées, conçues pour guider l'évaluateur tout en préservant la complexité et l'authenticité des situations cliniques. L'utilisation d'outils d'observation structurés permet en effet de soutenir le regard de l'évaluateur et d'améliorer la qualité des jugements portés sur la performance clinique.[2] À l'issue de ces évaluations, les internes sont en mesure d'expliciter leur raisonnement clinique et leurs hypothèses diagnostiques en situation réelle, de structurer leur démarche clinique lors de l'interrogatoire, de l'examen et de la synthèse, et de développer une posture réflexive leur permettant d'identifier leurs forces et axes d'amélioration. Ce programme s'inscrit dans une approche d'évaluation formative en milieu de travail, fondée sur l'observation directe et le feedback dialogué. Des données montrent par ailleurs que la fiabilité de ces évaluations ne dépend pas du statut universitaire de l'évaluateur, à condition qu'il soit formé à l'outil,[3] favorisant ainsi la diffusion du dispositif. Le programme « ECALM » propose ainsi une approche authentique et structurée de l'évaluation du raisonnement clinique

au lit du malade qui, en rendant explicites les processus cognitifs sous-jacents à l'action clinique, soutient l'apprentissage réflexif des internes.

**Références :**


1. Jouriles NJ, Emerman CL, Cydulka RK. Direct observation for assessing emergency medicine core competencies: interpersonal skills. *Acad Emerg Med.* nov 2002;9(11):1338-41.
2. LaMantia J, Kane B, Yarris L, et al. Real-time inter-rater reliability of the Council of Emergency Medicine residency directors standardized direct observation assessment tool. *Acad Emerg Med.* déc 2009;16 Suppl 2:S51-57.
3. Shayne P, Gallahue F, Rinnert S, Anderson CL, Hern G, Katz E. Reliability of a core competency checklist assessment in the emergency department: the standardized direct observation assessment tool. *Acad Emerg Med.* 2006;13(7):727-32.


## Du geste à l'activité située, analyser le raisonnement clinique d'experts ostéopathes par vidéo et auto-confrontation


Franck Garnier, Vivien Braccini, Sabrina Garnier


**Contexte :** Les travaux sur le raisonnement clinique ont considérablement enrichi la compréhension des processus décisionnels en santé, notamment à travers l'étude des modèles hypothético-déductifs, des scripts cliniques et des dynamiques métacognitives. Toutefois, certaines pratiques cliniques fortement incarnées, comme l'ostéopathie, invitent à examiner comment ces processus se déploient lorsque perception, action et interprétation sont étroitement intriquées. Cette communication propose d'explorer le raisonnement clinique ostéopathique à partir d'une approche centrée sur l'activité réelle, afin de mieux comprendre comment il s'actualise dans l'interaction avec le patient.

**Méthode :** Une étude qualitative a été menée auprès de six ostéopathes désignés comme des références par la profession, filmés en consultation réelle et suivie d'entretiens d'auto-confrontation. En mobilisant l'analyse de l'activité,[1] les travaux sur le savoir incorporé[2] et les recherches sur la professionnalisation,[3] nous avons triangulé l'action observable, les verbalisations réflexives et les ajustements contextuels afin d'accéder aux dimensions souvent tacites du raisonnement en acte.

**Résultats :** Les données suggèrent que le raisonnement clinique ne se limite pas à une séquence décisionnelle explicite, mais qu'il s'inscrit dans des boucles itératives d'actualisation d'une modélisation du patient situé. Le praticien y fait dialoguer perception tactile, micro-ajustements corporels, régulations interactionnelles et reformulations hypothétiques pour recalibrer leurs interprétations. Ce processus confère une place particulière aux retours sensoriels et relationnels du patient. Le raisonnement clinique y apparait comme un processus simultanément cognitif, incarné et relationnel.

**Discussion :** Cette étude ne remet pas en cause les modèles existants, mais propose de l'enrichir en intégrant l'analyse des dimensions situées et corporelles de l'activité clinique. L'originalité méthodologique réside dans l'articulation entre analyse vidéo de l'activité réelle et auto-confrontation, permettant

de rendre visibles des régulations souvent implicites.

**Références :**


1. Leplat J. *L'analyse de l'activité en psychologie ergonomique.* Toulouse : Octarès ; 2013.
2. Le Bellu S, Lahlou S, Nosulenko V. Capter et transférer le savoir incorporé dans un geste professionnel. *Inf Sci Soc.* 2010;49(3):371-413.
3. Braccini F, Garnier F, Durat L. Professionnalisation et formation ostéopathique. *Formation* Emploi. 2020 :152:85-104

**Développer le raisonnement clinique dans un contexte multiculturel : l'exemple de la formation en soins infirmiers à La Réunion.**

Corine Boisvilliers, Isabelle Fontaine, Séverine Gonguet, Yann Sioche

**Contexte :** Le raisonnement clinique constitue un processus cognitif[1] central dans les professions de santé, permettant d'analyser des situations complexes et de proposer des prises en soins personnalisées. À La Réunion, cet enseignement repose sur un accompagnement pédagogique singulier et réfléchi. Sur ce territoire marqué par une forte diversité culturelle issue d'influences multiples, les interactions soignant-soigné nécessitent une adaptabilité particulière.[2] Cette réalité invite à repenser les modalités d'enseignement du raisonnement clinique en intégrant le concept d'intelligence culturelle,[3] qui développe la capacité à s'adapter, comprendre et interpréter des situations de soins variées.

Cette communication vise à présenter la stratégie pédagogique mise en œuvre au sein d'un Institut de Formation en Soins Infirmiers pour développer l'appropriation du raisonnement clinique dans ce contexte multiculturel endémique de la Réunion. Elle met en lumière les outils mobilisés ainsi que les effets observés sur les apprentissages en termes d'adhésion et de compréhension du raisonnement clinique par les étudiants.

Plusieurs dispositifs pédagogiques complémentaires sont présentés. Des ateliers sensoriels permettent d'aiguiser la capacité d'observation et de questionner les représentations individuelles, affinant ainsi la qualité du recueil de données. L'utilisation de cartes conceptuelles favorise une vision holistique du patient, en renforçant la dimension culturelle. La simulation en santé, confronte les étudiants à des contextes réalistes où interviennent barrières linguistiques, croyances et pratiques religieuses, les amenant à expliciter leur raisonnement lors des débriefings. Enfin, la co-construction des situations cliniques en groupes où la mixité culturelle est une réalité, encourage le partage des connaissances et des représentations des étudiants. Cette confrontation des points de vue enrichi et personnalise le projet de soins le rendant culturellement congruent.

Ces dispositifs favorisent l'appropriation progressive et dynamique du raisonnement clinique tout au long du cursus. Ils contribuent à former des professionnels capables d'inscrire leur pratique dans une démarche de prise en soins humaniste, culturellement adaptée et fondée sur des données probantes en intégrant la singularité du patient.

**Références :**

1. Martin L. *Le raisonnement clinique infirmier.* 2e éd. Elsevier; 2023.
2. Girerd R, Horri S. Culture et supervision en milieu clinique : aspects théoriques, enjeux et perspectives. *Pédagogie Médicale.* 2025;26(1):19-22. https://doi.org/10.1051/pmed/2025012
3. Earley PC, Ang S. *Cultural intelligence: individual interactions across cultures.* Stanford University Press; 2003. 397 p.

**Intégration des applications mobiles et de l'IA dans le raisonnement clinique en réadaptation: une étude qualitative**

Miguel Farraj, Laura Solar, Leila Bernoux, Alexandre Perini, Hugo Merchier, Loan Jouve, Celine Mathieu, Joachim Van Cant

**Introduction :** La douleur antérieure du genou est fréquente chez les jeunes adultes et constitue une condition hétérogène et multifactorielle, pouvant altérer significativement la qualité de vie.[1,2] Ces caractéristiques soulignent l'importance d'un raisonnement clinique structuré permettant d'individualiser les interventions, de soutenir l'engagement du patient et d'adapter les stratégies thérapeutiques au fil du temps.[3]

**Méthode :** Cette étude qualitative visait à explorer les perceptions de physiothérapeutes (n=15) et de patients présentant une douleur antérieure du genou (n=16) concernant l'utilisation d'applications mobiles dans la prise en charge, afin d'identifier leur contribution au raisonnement clinique et à l'approche clinique. Des entretiens semi-structurés ont été conduits en Belgique francophone. La rigueur méthodologique a été assurée à l'aide des recommandations COREQ et l'hétérogénéité des participants considérée selon le cadre PROGRESS-Plus. Les données ont été analysées par codage thématique et triangulation des chercheurs.

**Résultats :** Les résultats montrent que les applications mobiles sont perçues comme facilitant la motivation, l'autonomie et la continuité des soins. Elles soutiennent certaines dimensions du raisonnement clinique, notamment le monitoring des symptômes, le feedback et la personnalisation des interventions. Les fonctionnalités d'IA sont jugées utiles pour des tâches simples de l'approche clinique (collecte de données, suivi de progression, synthèse des séances), mais insuffisantes pour soutenir le raisonnement clinique complexe ou la prise de décision. Les physiothérapeutes insistent sur la nécessité de conserver le contrôle du plan de traitement et leur rôle central dans le raisonnement clinique, tandis que les patients valorisent des interactions engageantes et proches de l'humain. Ces résultats suggèrent que les outils numériques peuvent soutenir le raisonnement clinique sans s'y substituer, en particulier dans une perspective relationnelle.

**Références :**

1. Crossley KM, van Middelkoop M, Callaghan MJ, Collins NJ, Rathleff MS, Barton CJ. Patellofemoral pain consensus statement from the 4th International Patellofemoral Research Network. *Br J Sports Med.* 2016;50(14):842–850.
2. D'Ambrosi R, Ragone V, Peretti GM, Facchini RM. Anterior knee pain: state of the art. *Sports Med Open.* 2022;8(1):98.
3. Willy RW, Hoglund LT, Barton CJ, et al. Patellofemoral pain clinical practice guidelines linked to the International Classification of Functioning, Disability and Health. *J Orthop Sports Phys Ther.* 2019;49(9):CPG1–CPG95.

**L'accompagnement au développement du raisonnement clinique infirmier avec la méthode SNAPPS : une revue de la portée**

Busra Meryem, Marie-France Deschênes

**Introduction :** Accompagner le développement du raisonnement clinique infirmier (RCI) est un défi pour les personnes formatrices, notamment lors de décisions en contexte d'incertitude. La méthode Summarize Narrow Analyse Probe Plan Select (SNAPPS)[1] est un outil mnémotechnique, facilitant à la fois l'expression à voix haute du RCI et des incertitudes dans la prise de décision. Or, nous en savons peu sur son utilisation en formation infirmière ni sur la documentation scientifique abordant ses retombées sur le développement du RCI.

**Méthode :** Une revue de la portée a été réalisée, selon le cadre de Peters et al. (2020).[2] Cinq bases de données ont été consultés (CINAHL, MEDLINE, EMBASE, PsycINFO, Web of Science) en plus de la littérature grise. Enfin, la théorie de la reconnaissance et de la gestion de l'incertitude de Cranley et al. (2012).[3] a servi de cadre de référence lors de l'analyse des résultats.

**Résultats :** Huit sources (2015–2025) ont été retenues. Les sources recensées illustrent l'utilisation de la méthode SNAPPS majoritairement en contexte académique (75%) qu'en contexte clinique (25%). Les résultats informent des différentes modalités pédagogiques utilisées pour utiliser la méthode, comme des séances en présentiel, des simulations virtuelles et des approches hybrides. Une amélioration du RCI, de l'identification des lacunes de RCI par les personnes formatrices, ainsi que de l'expression des incertitudes sont les principaux éléments documentés dans les sources recensées.

**Conclusion :** Les résultats suggèrent que SNAPPS est une méthode flexible, centrée sur la personne étudiante tout en favorisant son engagement actif. Elle aide les personnes formatrices à évaluer le RCI des personnes étudiantes et à adapter la rétroaction, tout en encourageant l'expression des incertitudes dans le processus de RCI. Toutefois, la méthode SNAPPS demeure peu étudiée en formation infirmière. Des études pourraient mieux informer de l'interrelation entre l'utilisation de la méthode et la reconnaissance et la gestion de l'incertitude dans le processus de RCI de la population étudiante.

**Références :**

1. Wolpaw TM, Wolpaw DR, Papp KK. SNAPPS : a learner-centered Model for Outpatient Education. *Acad Med.* 2003;78(9), 893-898. https://doi.org/10.1097/00001888-200309000-00010
2. Peters MDJ, Marnie C, Tricco AC, et al. Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JBI Evidence Synthesis,* 2020;18(10), 2119-2126. https://doi.org/10.11124/JBIES-20-00167
3. Cranley, L. A., Doran, D. M., Tourangeau, A. E., Kushniruk, A. et Nagle, L. (2012). Recognizing and responding to uncertainty: a grounded theory of nurses' uncertainty. Worldviews Evidence-Based Nursing, 9(3), 149-158. https://doi.org/10.1111/j.1741-6787.2011.00237.x

## Que sait-on sur le raisonnement clinique en orthophonie ? Une revue de la portée

Claire Hebting, Trecy Martinez Perez, Nicolas Fernandez, Marie-Ève Caty

**Introduction :** Le raisonnement clinique (RC) est au cœur de la pratique des orthophonistes. Il permet d'analyser des situations complexes, d'intégrer des connaissances issues de sources variées et de prendre des décisions adaptées au contexte d'intervention.[1] Ces décisions s'inscrivent souvent dans des suivis longitudinaux, liés aux trajectoires développementales et aux projets de vie des personnes accompagnées. Bien que le RC soit largement étudié dans plusieurs professions de la santé,[2] les travaux portant sur le RC en orthophonie demeurent limités. Les modèles existants issus d'autres professions rendent imparfaitement compte des contextes de réadaptation et des suivis à long terme. Dans un contexte de complexité croissante des situations cliniques, mieux comprendre le RC en orthophonie ap--araît essentiel pour soutenir la formation et la qua--ité des soins.

**Résultats :** L'affiche présente les résultats d'une revue de la portée visant à cartographier les connaissances sur le RC en orthophonie. La revue suit la méthodologie du Joanna Briggs Institute et les lignes directrices PRISMA-ScR.[3] Le protocole a été déposé sur Open Science Framework. La stratégie de recherche élaborée avec une bibliothécaire universitaire couvre plusieurs bases de données. Les articles portant explicitement sur le RC ou ses composantes en orthophonie ont été inclus. La sélection des études et l'extraction des données ont été réalisées par deux évaluatrices à l'aide du logiciel Covidence. Les résultats mettent en évidence les définitions du RC, les cadres théoriques et les contextes étudiés, ainsi que les outils utilisés pour l'évaluer et les approches pédagogiques visant son développement.

**Conclusion :** Cette revue de la portée constitue la première étape d'un projet doctoral visant à proposer un modèle conceptuel intégrateur du RC en orthophonie et à soutenir le développement d'outils pédagogiques favorisant son apprentissage.

**Références :**

1. Kenny B, Davenport R, Johnson RB. *Speech pathology: facilitating clinical reasoning*. Dans: Higgs J, Jensen GM, Loftus S, Trede FV, Grace S, directeurs. Clinical reasoning in the health professions 5e éd. Amsterdam: Elsevier; 2025. p. 347 57.
2. Young ME, Thomas A, Lubarsky S, et al. Mapping clinical reasoning literature across the health professions: a scoping review. *BMC Med Educ.* 2020;20(1):107.

**Développer le raisonnement clinique lors d'un geste technique : Création d'une Formation par Concordance sur la pose de drains thoraciques**

Marie-Ève Truchon, Alicia Truchon, Lauriana Solecki, Marc-Antoine Gobeil, Marilie Chalifoux, Bernard Charlin, George Rakovich

**Introduction :** La formation au raisonnement clinique (RC) en contexte d'incertitude demeure insuffisamment développée dans les curriculums médicaux actuels de l'Université de Montréal. Pourtant, un enjeu central en éducation médicale est de former les étudiants au RC, en association avec les connaissances théoriques.[1,2] La Formation par Concordance (FpC) vise à combler cette lacune en exposant les étudiants à des situations cliniques authentiques.[2,3] Concernant l'insertion de drains thoraciques, geste fréquent mais à haut risque, cette approche permet aux étudiants d'intégrer savoirs pro-éduraux et RC, dans un environnement sécuritaire. L'objectif est de concevoir une FpC destinée aux externes/résidents juniors en chirurgie, pour soutenir et structurer leur RC face à des situations complexes liées à la pose de drains thoraciques. Les objectifs spécifiques étaient d'identifier les obstacles à l'élaboration d'une FpC, et de montrer les leviers et forces inhérents à ce processus de développement.

**Méthodes :** La FpC conçue comprend 3 volets ciblant des étapes-clés à risque : choix du site de ponction, gestion d'un saignement, et bon fonctionnement du drain post-insertion. Pour chaque volet, des vignettes cliniques ont été créées en intégrant des éléments multimédias, pour accroître le réalisme et la complexité des situations proposées. Un panel d'experts en chirurgie a été mobilisé pour établir des réponses de référence et une rétroaction pour l'étudiant. Par ailleurs, l'outil a été développé en collaboration avec une équipe spécialisée en production audio-visuelle (Hôpital Maisonneuve-Rosemont). Résultats: Le processus de développement a révélé plusieurs défis, dont la complexité de synthétiser des situations cliniques en scénarios à la fois concis, pédagogiquement pertinents et adaptés au niveau des étudiants, ainsi que les enjeux de recrutement et de mobilisation d'un panel d'experts. L'impact pédagogique auprès des étudiants sera mesuré par un questionnaire évaluant le sentiment de compétence pré- et post- intervention; la perception des étudiants quant à la pertinence générale de la formation sera également évaluée, dans un 2$^{e}$ temps. L'intégration de matériel multimédia aux formations se distingue comme un apport particulièrement pertinent, contribuant à enrichir l'authenticité et la pertinence du contenu.

**Conclusion :** L'étude illustre la pertinence du développement d'une FpC pour soutenir le RC d'étudiants en chirurgie dans des contextes complexes. La conception de situations cliniques réalistes avec l'intégration de matériel audiovisuel est l'une des forces de l'étude.

**Références :**

1. Cooper N, Bartlett M, Gay S, et al. Consensus statement on the content of clinical reasoning curricula in undergraduate medical education. *Med Teach.* 2021;43(2):152-159. https://doi.org/10.1080/0142159X.2020.1842343
2. Charlin B, Deschênes MF, Dumas JP, et al. Concevoir une formation par concordance pour développer le raisonnement professionnel : quelles étapes faut-il parcourir ? *Pédagogie Médicale.* 2018;19(3):143-149. https://doi.org/10.1051/pmed/2019019
3. Pietrement C, Morin MP, Lefèvre-Utile A, Thibault LP, Jobin V, Charlin B. Formation par concordance : la théorie des scripts et son application en enseignement revisitées. *Pédagogie Médicale.* 2024;25(1):51-57. https://doi.org/10.1051/pmed/2024004